

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° 224

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 28 février 1899, à 1 heure.

Par BERNARD RUBINROT

Né à Varsovie le 12 août 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA

SYMPHYSÉOTOMIE

Difficultés opératoires, Accidents et Complications

STATISTIQUE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. } GUYON, professeur.
MAYGRIER et ALBARRAN, agréés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

13, rue Racine, 13

1899

224

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mardi 28 février 1899, à 1 heure.

Par BERNARD RUBINROT

Né à Varsovie le 12 août 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYMPHYSÉOTOMIE

Difficultés opératoires, Accidents et Complications

STATISTIQUE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. } GUYON, professeur.
MAYGRIER et ALBARRAN, agréés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE,
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
PIERRE DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Preuve trop minime de ma grande reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.

Membre de l'Académie de médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A TOUS MES MAÎTRES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la
SYMPHYSÉOTOMIE

Difficultés opératoires, accidents et complications

STATISTIQUE

INTRODUCTION

Vers la fin de nos études médicales nous avons été très fortement attiré par cette grosse question d'obstétrique, si importante à tous les points de vue, et si à l'ordre du jour : La symphyséotomie.

Dans ce vaste sujet certaines questions — dont on pourra voir la nature sous forme de rubriques dans nos tableaux — nous avaient spécialement intéressé. Et c'est même dans cet ordre d'idées que nous avons classé sous cette forme nos observations.

Mais nous avons été subitement forcé de presser notre travail et de réduire notre étude.

Néanmoins nous avons laissé sous forme de tableaux

nos observations, pour permettre à ceux que cette question intéresse d'en parcourir facilement les détails.

Nous ne donnons donc ici que les *difficultés et accidents opératoires, les complications post-opératoires, et la mortalité maternelle et infantile.*

Nos observations sont plus ou moins résumées, mais nous ne croyons avoir rien omis qui pût avoir un intérêt particulier.

On ne trouvera pas de rubrique de manuel opératoire, car nous le donnerons ici en quelques mots :

Toutes les symphyséotomies françaises, excepté celles de M. Porak, ont été exécutées suivant le manuel opératoire classique de MM. Farabeuf et Pinard. On pourra lire la description détaillée du *Manuel opératoire* de M. Porak dans « *la Société obstétricale et gynécologique de Paris* (octobre et novembre 1894). A l'étranger, MM. Davis (obs. 8 et 69) et Newcomet (obs. 112) suivent le procédé de Morisani. M. Namias (obs. 22) celui de Vo Lauro. Les observations 60 et 82 sont faites d'après la méthode de Frank. MM. Thompson (obs. 37), Buist (obs. 119) et Ayers opèrent d'après le procédé indiqué dans *N. York Polyclin.* 1896 (Vol. VII, pages 129 à 139. Pour les autres observations étrangères on suivait le procédé classique de MM. Farabeuf et Pinard.

L'idée de notre travail nous est absolument personnelle.

Nous connaissons l'excellente étude de M. Jorand sur les accidents et complications attribuables aux symphyséotomies pratiquées avant l'année 1896 (1) (thèse

1. Jorand. Thèse de Paris 1896.

faite sous la direction de M. Maygrier), et nous avons eu tout naturellement la curiosité de rechercher si les opérations de symphyséotomie *faites depuis cette époque* avaient été la source d'accidents et de complications de même nature, — quelle avait été leur fréquence, — quelle en était la mortalité, etc. Dans ce but, nous avons lu tout ce qui a paru depuis 1896 sur cette question, en France, et à l'étranger autant qu'il nous a été possible. Nous avons pu consulter en outre dans la riche bibliothèque de M. le professeur Budin quelques ouvrages difficiles à trouver ailleurs, et nous le remercions ici profondément d'avoir bien voulu les mettre gracieusement à notre disposition.

Désirant être aussi complet que possible, nous nous sommes adressé à tous les professeurs accoucheurs de Paris et de province, pour leur demander des observations inédites de symphyséotomies exécutées pendant l'époque qui nous intéresse. Malheureusement quelques-uns ne nous ont pas répondu. Nous croyons donc que notre statistique n'est que relative, et minima.

Toutes nos observations marquées d'astérisques sont inédites. Pour les autres il suffira de consulter notre bibliographie.

Nous croyons devoir indiquer ici, pourquoi on ne trouvera pas dans nos tableaux, des observations inédites de MM. Audebert et Crouzat (de Toulouse), Delotte (de Limoges), Gautrelet (de Dijon), Grynfeldt et Vallois (de Montpellier), Herrgott et Schuhl (de Nancy), Planchard (de Clermont-Ferrand), et Roland (de Poitiers), qui nous ont répondu n'avoir pratiqué aucune symphyséotomie depuis

1896. — (MM. Herrgott et Vallois ont eu l'occasion d'en faire, mais les femmes s'y sont refusées).

On ne trouvera pas non plus les dernières symphyséotomies de MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Lepage qui préparant un travail sur la question, ont voulu en réserver la publication.

Nous tenons ici à envoyer un témoignage de notre reconnaissance aux Maîtres qui nous ont dirigé dans nos études médicales.

Nous donnons à la mémoire de M. Hanot notre inoubliable souvenir, pour le dévouement avec lequel, à Saint-Antoine, il nous pénétrait de son enseignement si sage et si clair.

A M. Reclus nous serons toujours reconnaissant de la patience et de la bonté avec lesquelles il nous a enseigné le diagnostic chirurgical.

A M. Bar, nous adressons nos plus sincères remerciements pour ses nettes et intéressantes leçons pratiques, lors de notre stage à la Clinique de notre regretté maître M. le professeur Tarnier.

Que M. le professeur Budin veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude pour ses excellentes cliniques, que nous suivions avec tant d'intérêt, et pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Remercions enfin de leur extrême obligeance tous ceux, maîtres, sages-femmes et collègues, qui nous ont aidé dans notre tâche.

DIFFICULTÉS ET ACCIDENTS OPÉRATOIRES

Dès le premier temps de la symphyséotomie, il arrive parfois que l'opérateur se trouve en présence d'un état anormal, d'altérations pathologiques des tissus pouvant entraver l'opération, et être la source d'accidents. Ce sont, par exemple, la dilatation, et parfois même, l'inflammation des veines paravulvaires chez les femmes variqueuses; l'existence de pelotons graisseux chez les obèses; des tissus cicatriciels présymphysiens adhérant à la symphyse chez les sujets symphyséotomisés antérieurement. Ces modifications pathologiques, pouvant se rencontrer, soit isolées, soit plus ou moins réunies chez le même individu, rendent souvent difficile la recherche de la ligne inter-articulaire. Ainsi, nous trouvons parmi nos observations 6 cas d'hémorragies tégumentaires (obs. 74, 99, 115, 119, 132, 134).

Dans la seconde observation (99), les vaisseaux paravulvaires sont variqueux, et l'hémorragie se déclare formidable; dans la troisième (obs. 115) à la richesse vasculaire s'ajoute la présence de tissu cicatriciel, conséquence d'une précédente symphyséotomie. Les tissus cicatriciels, adhérant intimement aux vaisseaux, les maintiennent béants lors de leur section; il en résulte une hémorragie abon-

dante. C'est de la même façon que nous voyons le Dr Brown de Paterson expliquer devant les membres de l'Académie de New-York en 1897 (1) une hémorragie profuse qui se produisit sur une malade opérée pour la deuxième fois.

Dans les quatre autres cas (obs. 74, 119, 132, 134) les auteurs mentionnent seulement l'hémorragie tégumentaire sans donner la cause. Remarquons en passant que le cas mentionné dans l'observation 132 exigeait une hémostase prolongée, et que, chez la femme citée dans l'observation 119, la forte hémorragie due à l'incision tégumentaire se renouvela le lendemain quand on voulut enlever le tampon.

Les difficultés dues à l'existence de tissu adipeux sont notées dans deux observations : celle de M. Audebert de Bordeaux (obs. 6) et celle de M. Champetier de Ribes (obs. 42). M. Audebert nous explique ainsi la difficulté : « on est obligé d'opérer dans la profondeur, et on dilacère facilement les tissus peu résistants qu'on veut détacher de la symphyse ».

Tous les opérateurs sont, nous semble-t-il, unanimes à reconnaître la difficulté beaucoup plus grande de la symphyséotomie chez les sujets ayant été déjà symphyséotomisés une première fois que chez les femmes vierges de toute opération antérieure à ce niveau : cette difficulté serait due à la présence du tissu cicatriciel. Ce tissu forme un pont fibreux derrière la symphyse, et est

1. *New-York medical journal* 1897 XV p. 877.

difficile à détacher. L'existence de ce pont fibreux est relevée trois fois (obs. 45, 115, 93).

Cependant au congrès de Moscou, M. Varnier, après avoir terminé sa sixième conclusion par l'opinion suivante :

« L'opération peut, *sans difficultés* et sans inconvénients, être faite plusieurs fois chez la même femme », rapporta entre autres sa soixante-deuxième observation, celle d'une femme, chez laquelle on faisait la symphyséotomie pour la deuxième fois.

« L'incision postérieure, dit-il, *est plus difficile en raison des adhérences de l'opération antérieure.* Dans toute la partie postérieure de la symphyse, il existe une adhérence intime entre les tissus fibreux, la vessie, et le vagin en bas. *Cette adhérence est extrêmement intime*; et le doigt introduit dans le vagin n'est séparé d'une sonde introduite dans la vessie, et du doigt de la plaie *que par une membrane très résistante, mais très mince. Il est donc impossible de sectionner à ce niveau,* et malgré cela on obtient un écartement de 44 millimètres ».

Evidemment cette observation semble contredire la sixième conclusion de M. Varnier; et involontairement, en outre, se pose la question suivante : Que ferait-on, quand comme M. Varnier on n'a pas pu sectionner les tissus rétro-symphysiens et quand on a besoin d'un écartement de plus de 45 millimètres ?

Remarquons que de simples adhérences rendent souvent délicate l'introduction du doigt derrière la symphyse; et ce fait est signalé par M. Pinard (Obs. 33).

Il semblerait que l'interligne articulaire symphysien soit toujours facile à découvrir. Il n'en est pas ainsi chez tous les sujets : Ainsi, dans l'observation 89 on le chercha pendant 10 minutes. « De plus, chez les femmes qui ont « un abdomen pendulum, ou de l'œdème sus-pubien, dit « M. Audebert ⁽¹⁾, l'opérateur pourra être gêné par la « projection de l'utérus au-devant du champ opératoire, « et en cas d'œdème, la recherche de la symphyse sera « peut-être un peu plus difficile et plus longue ».

La mobilité des symphyses manque parfois :

« Si la symphyse pubienne est immobile, peut-on en « conclure que les sacro-iliaques sont aussi immobiles ?

Certains faits ne semblent pas venir à l'appui de cette hypothèse. M. Davis, et M. le professeur Gaulard, se trouvant en face d'une symphyse leur paraissant ossifiée, n'ont pas hésité à la scier, et n'ont pas eu à s'en repentir (voir obs. 69 et 136).

L'ossification de la symphyse est considérée comme une grande rareté, et, ni M. Morisani, ni M. Pinard ne l'ont rencontrée. Cependant M. Audebert nous apprend que l'ossification pubienne a été rencontrée par Siebold et par Zweifel ⁽¹⁾.

A ces cas nous pouvons ajouter : 1° les observations 35, 43, 69, 136.

1. Audebert. *Parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie. Gaz. hebdomadaire de sc. méd. de Bordeaux*, 1897, v. XVIII, p. 112 et suivantes.

2° Le cas de Küstner, qu'il a signalé au congrès de Moscou (1).

3° Le cas cité par Heinrichius (2).

4° A la société de gynécologie du « Collège de médecine » de Philadelphie en 1898 (3), M. Boyd relève cet accident. Au début, dit-il, il croyait à une inexpérience. Il admet qu'il y a des anomalies.

5° Enfin le cas de M. Porak (obs. 118) où la symphyse « commence à s'ossifier ».

Sauf pour ce dernier cas, (pour lequel nous n'avons pas de détail précis), l'opération dut être pratiquée au ciseau, gouge, scie, etc.

La difficulté de l'opération peut aussi tenir 1° à une obliquité de la ligne articulaire signalée par le professeur Moussous (obs. 10) ; 2° à une déformation particulière de l'articulation (obs. 30 ; ici on a eu recours à une pression sur les trochanters qui détermina brusquement un écartement de 6 centimètres, et donna lieu à des conséquences fâcheuses pour la marche de la malade) ; 3° à une cause, que l'observation 15 nous laisse ignorer, et où, dit l'auteur, on devait agir à petits coups de bistouri.

Enfin cette difficulté de la section de la symphyse a pu

1. Congrès de Moscou, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris 1897.

2. Heinrichius, G. Ein Fall von Symphysiotomie nebst Bemerkungen, *Monatschrift f. Geburts. u. Gynäk.* Berlin. 1896. p. 273.

3. *Am. J. Obst.* New-York. 1898, p. 242-245.

se terminer d'une façon tout à fait sérieuse, car M. Heinrichus (1) nous dit :

« Il arriva déjà que l'opérateur, ne trouvant pas la symphyse avec le bistouri, fut obligé d'avoir recours au ciseau et à la scie, et à la fin fut forcé de terminer par la craniotomie, et même de faire une traction forcée à l'aide d'un forceps; pendant laquelle toutes les 3 articulations du bassin sautèrent.

(Nous dirons dans le chapitre suivant les suites tardives de la symphyséotomie au ciseau, gouge, etc.).

Il peut se trouver aussi qu'on ne trouve aucune difficulté à sectionner la symphyse pubienne, et que l'obstacle à la divulsion vienne du côté des articulations sacro-iliaques postérieures. Il en fut ainsi dans l'observation 56, où, avec le dilatateur de Farabeuf on n'obtint qu'un écartement de 4 centimètres. Ici nous trouvons un cas heureux : la tête de l'enfant se trouvait par hasard petite (Enf. de 3170 gr. et Bi-P. : 9). Comment se serait terminé l'accouchement s'il en avait été autrement ?

M. Cadène, l'auteur de cette opération, explique cette résistance à l'écartement plus grand, soit par l'ossification commencée des articulations sacro-iliaques, soit par la déformation spéciale du bassin, qui était plat avec arrêt de développement de l'aileron sacré droit.

Mais la même difficulté opératoire arriva aussi à M. Carr (obs. 111). La symphyse ne s'écartant pas il fut obligé, pour obtenir un écartement de 5 ct. 4 de presser sur les iliaques.

1. Heinrichus G. Ein Fall von Symphysiotomie nebst Bemerkungen *Monatschr f. Geburtsh. u. Gynäk Beral.* 1896, 273-297.

Cependant l'opération avance ; tous les obstacles ont été plus ou moins heureusement surmontés, on a sectionné l'interligne articulaire. Il faut augmenter les diamètres pelviens en portant les cuisses dans l'abduction, pour éviter à la tête fœtale une pression, un enfoncement ou une fracture.

Il importe beaucoup que, pendant ce dernier temps, les deux trochanters soient solidement soutenus par des aides intelligents, dont l'attention, aussi bien que la vigilance musculaire ne doivent pas être surprises. Qu'on songe que, dans l'obs. 15, malgré les efforts pour maintenir les pubis rapprochés autant que possible, il y eut un écartement de toute la longueur de l'index (8 ct. 5). Il y a à craindre en plus, une hémorragie succédant à une déchirure du plexus veineux de Santorini, ou des corps caverneux du clitoris.

Pour prévenir celle du plexus on a préconisé la libération de son attache rétro-symphysienne et pour ne pas la dilacérer, M. Farabeuf a imaginé un gorgéret spécial devant servir à désinsérer les tissus renfermant les plexus. Les opérateurs ne se servent pas souvent de cet instrument, mais dans un cas où il fut utilisé (obs. 36, M. Lefour à la clinique de M. le professeur Moussous), on n'évita pas l'hémorragie. On fut donc obligé d'enlever le conducteur, et de traiter l'hémorragie, ce qui exigea une compression exercée pendant dix minutes. Quant aux hémorragies par déchirure du plexus veineux, voici quel est, d'après M. Porak, leur mécanisme ⁽¹⁾:

« Le corps caverneux est maintenu très solidement par

1. Porak. *Symphyséotomie*, Paris 1895, page 48.

« son albuginée contre la branche descendante du pubis
« jusqu'au niveau de l'arcuatum, où il se détache de l'os
« pour se réunir à son congénère, et continuer le clitoris.
« L'artère honteuse interne longe l'ischion et après avoir
« envoyé la transversale du périnée, les artères de l'urè-
« thre, celles destinées à la lamelle cellulo-graisseuse
« située en avant de la vessie, elle n'existe pour ainsi
« dire plus au niveau de l'arcuatum.

« Quand on incise le cartilage interpubien, les pubis
« s'écartent plus ou moins brusquement.

« Les racines du clitoris, maintenues solidement à leur
« place par leur albuginée, ne peuvent pas s'étendre, ni
« suivre l'écartement des pubis. Il se produit donc une
« déchirure qui sera d'autant plus grave, au point de vue
« de l'hémorragie, qu'étant plus excentrique, elle inté-
« resse des vaisseaux plus nombreux et plus volumineux. »

Il est bien entendu que la déchirure du plexus de San-
torini accompagne celle des corps caverneux.

Ce dernier accident se produisit deux fois au cours de
l'époque dont nous nous occupons dans ce travail (à notre
connaissance du moins). Cela est mentionné dans les
observations n° 41 et 34. En lisant la première, nous ap-
prenons que les ischions n'étant pas maintenus, il se pro-
duisit un violent écartement.

L'auteur après avoir signalé une autre complication
résultant de cet écart brusque, notamment une déchirure
utérine, ajoute que la femme demeura en état syncopal
pendant plusieurs heures. Elle perdit 600 à 700 grammes
de sang. Nous croyons que cette hémorragie venait à la

fois du corps caverneux du clitoris, du plexus de Santorini, et de l'utérus.

La seconde observation est plus explicite à ce point de vue: dès que le bistouri a sectionné les ligaments, les pubis s'écartent violemment, comme mus par un ressort d'acier qui se serait déclanché : le bruit produit par cet écartement est entendu dans toute la salle d'opération. Une hémorragie très abondante se produit, causée par la blessure du plexus rétro-pubien. On arrive « à la modérer considérablement » avec des pinces hémostatiques et un tamponnement. Cet accident, qui eut encore d'autres suites sur lesquelles il est inutile d'insister, vu la gravité du premier, se termina par la mort de l'opérée deux heures après l'intervention. Nous avons dit plus haut qu'on arriva seulement à « modérer » cette hémorragie en faisant des ligatures, des tamponnements.

On juge donc bien de la difficulté de l'hémostase dans le cas particulier, car d'habitude la compression doit suffire pour arrêter l'épanchement sanguin.

Dans l'observation de Tellier, antérieure à l'époque qui fait l'objet de notre thèse, on dut, pour se rendre maître d'une hémorragie semblable, recourir au thermo-cautère, les autres procédés employés ordinairement en pareille circonstance ayant échoué.

« Et autrement que faire ? dit M. Porak (1) ? — On « cherche à poser des ligatures ; mais des ligatures « sur des vaisseaux invisibles, sur un plexus veineux, « pour arrêter une hémorragie en nappe ? On a beau les

1. *Loc. cit.*

« multiplier, on n'arrête pas le sang. Enfin, en désespoir
« de cause, on lie en masse tout le tissu cellulaire que
« l'on peut saisir, avec cette préoccupation de ne pas
« comprendre l'urèthre dans la ligature, et de ne pas tra-
« verser la vessie. »

Ces mots nous paraissent pouvoir s'appliquer parfaitement à l'observation à laquelle nous venons de faire allusion.

Cependant cette terminaison dramatique est la seule signalée parmi nos nombreuses observations, où est citée pourtant plusieurs fois l'hémorragie du plexus de Santorini, ou d'une façon plus générale du plexus veineux rétro-symphysien. Ainsi nous lisons, (obs. 87) que l'hémorragie abondante fut difficilement arrêtée par la compression. Nous relevons en plus dans les autres : « hémorragie considérable », « hémorragie assez abondante », « hémorragie en quantité moyenne » ou bien « suintement abondant », et ces expressions sont presque la traduction de celles employées par Neugebauer dans sa statistique : *Starke Blutung*, *schwere Blutung*, *heftige Blutung*, *foudroyante Blutung*.

Rappelons ce que dit à propos de l'hémorragie qui nous occupe M. Jorand dans sa thèse (1). « M. Lepage
« nous a dit avoir eu un écoulement sanguin très abon-
« dant, qui persistait malgré le tamponnement, et qui au-
« rait pu être grave entre les mains d'un opérateur moins
« exercé et moins habile. »

Si maintenant nous interrogeons les comptes-rendus

1. Jorand. *Thèse de Paris*. Janvier 1896.

des assemblées de médecins, nous voyons qu'à une des séances de *la Société médicale Suffolk*, à Boston en 1898 ⁽¹⁾ le Dr Cumston déclare qu'il a assisté seulement à des symphyséotomies, et que les hémorragies veineuses lui paraissent effrayantes. On est, dit-il, beaucoup plus effrayé par cette hémorragie que par celle accompagnant la césarienne.

Au congrès de Moscou, M. Zweifel nous dit :

« La perte, par sa violence subite, peut bien quelque peu déconcerter.

Il est de notoriété commune que ces hémorragies ne se produisent pas à chaque symphyséotomie, et que du reste elles s'arrêtent le plus souvent par la compression. Ceci ne veut pas dire *toujours*, et on a quelquefois recours à des ligatures (ex. obs. 43.)

De plus l'hémorragie veineuse peut se produire quelquefois après l'extraction de l'enfant (obs. 30), ou bien même après la suture de la plaie (obs. 133 où elle se produit 3 à 4 fois en jet, au niveau de l'angle inférieur de la plaie).

Même après la section de la symphyse, le bassin étant agrandi, tout n'est pas fini, de nouvelles difficultés peuvent surgir.

« Sectionner la symphyse n'est pas difficile, dit M. Swift dans une réunion des médecins en Amérique, ce qui l'est c'est l'extraction de l'enfant » ⁽²⁾.

L'opérateur a le choix entre 4 procédés pour extraire

1. *Boston Med. S. J.* 1898. p. 620.

2. Swift. J. B. *Discussion, Boston M. et S. J.* 1896, p. 626.

l'enfant: 1° Réveiller la femme pour que l'accouchement se termine spontanément. Ce premier procédé n'est d'après Zweifel, pas plus douloureux qu'un accouchement normal : (M. Zweifel au congrès de Moscou affirmait que ses opérées ne souffraient pas plus que les autres parturientes).

Cependant on peut lui objecter avec Earle (1), qu'on prolonge ainsi le danger de l'infection, et du choc pour la mère, et que l'on risque de compromettre la vie de l'enfant, car on fait habituellement la symphyséotomie après des essais infructueux avec le forceps. L'accouchement spontané peut être très avantageux pour l'intégrité des parties molles, mais il est dangereux pour l'enfant. Aussi M. Pinard croit que l'application du forceps et la version doivent être la règle.

Quoiqu'il en soit, nous ne comptons que 5 cas parmi nos observations, où on a eu recours à cette méthode d'accouchement spontané après réveil de la mère.

2° On peut se servir du levier préhenseur de Farabeuf que l'on n'utilise plus isolément actuellement, son emploi étant toujours précédé de la section de la symphyse (2).

Six fois nous trouvons une application du levier de M. Farabeuf dans nos observations 11, 14, 45, 76 96, 102, et cela par différents Maîtres, MM. Bar, Champetier de Ribes, Lepage. Deux fois cependant on fut obligé d'y renoncer pour se servir d'une autre manœuvre (11 et 45). Une fois (Obs. 14) la lèvre postérieure du col se trouva accro-

1. Earle F.B. *Symphysiotomie*. J. Am. M. Ass. Chicago 1897, xxviii, 1195.

2. Budin. *Leçon de clinique*, décembre 1898.

chée, on en fut quitte pour désarticuler et recommencer l'application. A quoi tenait la difficulté ? Il nous est difficile de nous prononcer, car dans deux de ces cas nous trouvons : pour l'un 9. 5 de diamètre p. s. p. et 9. 6. de diamètre Bi-P, pour l'autre, le diamètre p.p-m était de 7.5 et le diamètre Bi-P : 9.3. Or, avec un agrandissement de 6 centimètres, d'après les calculs la tête devait passer. Comme dans l'une des observations nous voyons qu'avec le levier on « n'arrive pas à faire descendre la tête » nous nous contentons d'enregistrer le fait, et de le placer au nombre des difficultés accidentelles.

Il reste à la disposition de l'opérateur, encore deux procédés dont nous devons parler : ce sont : 3° la version — 4° le forceps.

La version est sans doute plus facile que l'application de forceps au dessus du détroit supérieur ; mais l'utérus peut se rompre facilement. D'autre part la version n'est pas toujours possible, car il faut que le fœtus soit mobile.

Il faut être bien sûr que la tête passera facilement à travers le détroit supérieur, et aussi à travers le col, qui peut se rétracter sur elle. On s'expose à voir, pendant les quelques minutes que dure l'opération, l'enfant succomber soit à une compression du cordon, soit à l'asphyxie.

M. Boissard (obs. 55), opérant dans un cas de bassin très rétréci, a eu beaucoup de difficulté à pénétrer avec la main dans le bassin, malgré un écartement considérable entre les pubis (le bassin était de 7. c. 7). Puis, le col se rétractant sur la tête, il eut recours au forceps. On

se rend facilement compte combien la vie de l'enfant était en danger. Quoiqu'il en soit, c'est au forceps qu'on a le plus souvent recours dans les observations que nous publions, mais, quand l'application de forceps ne donnait pas de résultats, on faisait la version. Il en fut ainsi dans les obs. 1 et 126.

Dans un autre cas (obs. 97) on constate que la tête est défléchie. On se dispose à pratiquer la version. Mais trouvant un utérus rétracté, on revient au forceps, et on réussit assez difficilement à faire passer la tête à travers le détroit supérieur. Le diamètre Bi-P était dans ce cas de 9,7 et le promonto-sous-pubien de 10,7 ce qui, avec la réduction usuelle donne un minimum de 9,2.

M. Donald ⁽¹⁾ signale également la grande force qu'il dût déployer dans une application de forceps pour deux cas, (Obs. 2 et 21) bien que, dit-il, dans un de ses cas (p. p. m. 7,65) il écartât l'articulation au maximum, (7 cent.), avec enfant de taille moyenne ; et que dans le second cas (p. p. m. 8,25) l'écartement fut de 5, avec une tête d'enfant petite. Dans le premier de ces cas, il eut un prolapsus du vagin et du col de l'utérus. S'agissait-il ici de rétraction de ces organes sur la tête de l'enfant ? Nous le croyons sans oser l'affirmer. Cet accident arriva du reste à M. Rochet (Obs. 65) et se trouve signalé dans les observations 15, 24, 63, 68, 77, 108, 110, 125.

Le col forme bride, s'oppose à la progression de la tête en la coiffant pour ainsi dire. On comprend le danger

1, A. Donald, Edinburgh M. J., 1896-1897, vol. XLII, pages 513 et 518.

de cet accident dans la présentation du siège pour la tête dernière (Obs. 55, 73, 74). Dans nos observations 24 et 63 on fut même obligé pour vaincre la résistance, d'inciser le col.

D'autres fois le forceps est difficile à appliquer (Obs. 68, 132). On donne pour cause dans ce dernier cas l'asymétrie du bassin avec cependant des symphyses mobiles, et un diamètre promonto-sous-pubien de 10 cent. Le col même dans ce cas fut pris par les cuillers du forceps et l'on dut désarticuler et recommencer l'application. Mais on trouvera certainement curieux de voir que même en opérant sur un bassin à diamètre antéro-postérieur normal, dans une mento-antérieure il est vrai, après un écartement de 5 c. 5, on eut à lutter pendant 20 minutes avec la dystocie, et le forceps dérapait toujours (Obs. 111). Cette difficulté arriva aussi dans l'observation 93 sur une femme qu'on symphyséotomisait pour la seconde fois.

En somme le forceps ne semble pas non plus être le procédé de choix. M. Bué attribue la grande mortalité des des enfants « uniquement aux difficultés d'extraction que « l'on rencontre malgré la section des symphyses ». Au Congrès de Moscou M. Varnier, expliquant le mécanisme de la déchirure vésico-vaginale chez une de ses opérées, s'exprima en ces termes :

« La cause du délabrement (noté dans l'obs. 68) pour un « bassin symétrique, où les sacro-iliaques jouaient si « bien, c'est l'extraction. Il s'agit d'une complication « de l'extraction, d'une déchirure du pont, de parties

1. Bué V. *Les Symphyséotomies à la clinique obstétr. de Lille.*
Rev. obst. intern. de Toulouse, 1896, p. 113-118.

« molles tendu, et non soutenu, entre les pubis mainte-
« nus écartés, au cours d'une extraction par le forceps
« *qui, je ne sauraistrop le répéter, tire trop en avant...* »
Et un peu plus bas il conclut : « Il faut enfin modifier
« les procédés d'extraction » :

Que le col soit (ob. 68), ou non (ob. 73) dilaté préalable-
ment par le ballon, la déchirure est toujours à craindre.
Dans l'observation 68, après dilatation du col d'abord, et
passage d'un ballon pour dilater le vagin avant l'extrac-
tion ensuite, après 13 minutes de tractions énergiques, on
eut une déchirure considérable.

Dans l'observation 73 le professeur Runge, de Goettin-
gen, ayant à opérer une sextipare, n'attendit pas la dilata-
tion complète du col. Il se proposait de terminer l'accou-
chement par le forceps ; mais, pressé par les souffrances
de l'enfant, il changea de manœuvre, eut recours à la
version et la déchirure fut si considérable qu'obligé de
réexaminer la femme trois heures après, il trouva tous
les signes d'une hémorragie abondante, qu'il attribua à
une déchirure utérine qui se prolongeait en haut « sans
limites ». Le professeur Runge ne put s'expliquer cette
rupture des culs-de-sac. « On n'oublia pas, dit-il, de soute-
nir les trochanters. La tête passa sans aucune diffi-
culté ». La situation très élevée de l'utérus non soutenu
par les parties osseuses ; un col formant boutonnière
même après avoir été préalablement dilaté ; en outre la
manœuvre choisie : la version — telles furent, il nous sem-
ble, les causes de cette déchirure qui eut pour consé-
quence la mort du sujet. Du reste, il faut bien se dire
que lorsqu'une femme a un bassin vicié par arrêt de

développement, cet arrêt de développement ne porte pas que sur les os ; il porte aussi sur toutes les parties molles, d'où il résulte que le col, le vagin, les muscles peuvent dans certains cas ne pas se laisser distendre avec toute l'étendue désirable.

Dans d'autres circonstances on est en présence d'un autre accident : c'est la *procidence du cordon*. Nous le relevons 6 fois (Obs. 9, 24, 114, 115, 125, 129). Cet accident met particulièrement en danger la vie de l'enfant. Dans nos observations la procidence du cordon a donné lieu à la mort de l'enfant deux fois (Obs. 125 et 129). Dans le premier cas l'asphyxie infantile fut précoce, et eut lieu avant l'extraction de l'enfant par le forceps, — au milieu de l'opération probablement. Dans le second le cordon procident fut saisi avec la tête par le forceps, et la tige ombilicale fut coupée.

La sortie de l'enfant ne s'effectue pas toujours sans déchirures, et nous comptons dans notre statistique des déchirures atteignant l'utérus, le vagin, la vulve.

Nous n'en relevons qu'une seule (Obs. 41) intéressant l'utérus, produite par un forceps de Levret appliqué avant la symphyséotomie sur la tête de l'enfant, et dont on avait attaché les 2 manches au moyen d'une serviette. Les ischions n'étant pas soutenus par les aides, il se produisit un brusque écart des symphyses, et le forceps en écartant le col au maximum, provoqua 3 déchirures : deux sur le col, et une à la paroi postérieure de l'utérus.

Quant aux déchirures vaginales nous en connaissons déjà deux (Obs. 68, 73). Nous en avons parlé à propos

des obstacles causés par la résistance du col utérin. Rappelons qu'un de ces cas se termina par la mort, et l'autre par une infirmité, sorte d'extrophie de la vessie. Il nous reste à ajouter une troisième (Obs. 74) dans laquelle la déchirure était également large, puisque elle admettait facilement le passage de trois doigts.

Une quatrième, où le plafond du vagin fut effondré (obs. 90).

Une cinquième (obs. 135) où la déchirure du vagin fut encore profonde, de 3 centimètres, et parallèle à l'urèthre sans le toucher.

Une sixième enfin (obs. 93) compliquée de déchirure vulvo-urétrale.

Dans les six derniers cas la plaie vaginale communiquait intérieurement avec la plaie opératoire sans que le vestibule fût touché.

Mais, comme dans un accouchement normal, les déchirures peuvent partir du vestibule et siéger tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt sur les côtés du vagin. Si dans une symphyséotomie la déchirure est antérieure et longitudinale, si en même temps qu'elle se prolonge du côté du vagin, elle se dirige du côté de la plaie opératoire, elle permettra encore la communication du vagin avec la plaie opératoire.

Les ruptures vulvo-vaginales peu considérables ne sont pas habituellement signalées dans les observations (¹). Cependant une petite fissure peut devenir facilement une grande rupture. Et la cause habituelle des déchirures des

1. Audebert. *Gaz. d. sc. méd. de Bordeaux*. p. 112 et suiv.

parties molles est d'abord la distension insuffisante de ces tissus particulièrement à la partie antérieure du vagin, et de la vulve ; et de plus le manque de doublure osseuse à leur niveau.

Ces petites ruptures semblent presque inévitables :

« Pendant l'extraction de l'enfant, dit M. le Professeur
« Pinard ⁽¹⁾, nous avons vu se produire chez des primipares quelques petites déchirures de la paroi antérieure du vagin, et cela malgré la dilatation préalable du vagin et de la vulve à l'aide du ballon de Champetier de Ribes. Ces petites déchirures n'ont eu aucune conséquence fâcheuse, et ont toutes guéri par première intention.

Quand ces déchirures sont plus grandes, elles deviennent redoutables.

« Les déchirures du vagin, — dit Zweifel au Congrès de Moscou ⁽²⁾, — produisent une impression fâcheuse. Elles créent une solution de continuité, à l'un des bords de laquelle pend l'urèthre déchiré. Je répète ici ce que j'ai déjà dit au Congrès de gynécologie de Breslau : la première fois que je me trouvai en face de cet accident je fus tout-à-fait déconcerté, et cependant, l'observation ultérieure, bien faite pour surprendre, montra que cette femme eut des suites opératoires absolument apyrétiques, et les meilleures qu'on pût s'imaginer. »

Pour M. Küstner les suites sont plus sérieuses :

« Il a opéré deux fois des primipares, dit-il au même

1. Pinard. *Annales de gynécologie et d'obstétrique* Paris 1897 page 1-34.

2. Congrès de Moscou, *Ann. de gyn. et d'obst.* 1897.

« congrès de Moscou. Les deux fois il se produisit des
« déchirures considérables du vagin, qui communiquèrent
« avec l'articulation de la symphyse. Toutefois aucune
« d'elles ne créa de difficultés sérieuses à la guérison,
« *bien qu'on n'obtint pas la réunion par première inten-*
« *tion* ».

Quoiqu'il en soit, nous donnons huit cas, où ces déchirures faisaient communiquer le vagin avec la plaie opératoire, soit par sa partie profonde avec vulve intacte : (vagino-interpubo-tégumentaire), — soit par sa partie antérieure (vagino-vulvo-présymphysienne) — (obs. 12, 68, 74, 81, 90, 92, 93, 135).

Nous verrons plus loin que les suites furent loin d'être aussi favorables que dans les deux cas de M. Küstner.

Mentionnons en outre aussi pour être complet l'obs. 65, où la déchirure du vagin est dite assez étendue. L'auteur n'indique pas le siège de cet accident, il l'attribue au manque de dilatation préalable du vagin.

Les déchirures vagino-vulvaires peuvent être transversales et alors, lorsqu'elles se dirigent vers la ligne médiane, elles aboutissent à la région uréthrale, et l'urèthre est atteint en même temps que le vagin (obs. 34).

M. Pinard (obs. 110) nous signale un cas où les déchirures vulvaires ont été plus sérieuses : l'urèthre contenu dans un bord de la plaie se détacha complètement du vestibule, (le vestibule était envahi par du tissu cicatriciel qui céda). M. Lepage (obs. 76) eut des lésions vulvaires « surtout marquées à gauche ».

M. Budin a eu (obs. 104) une petite déchirure vulvaire au niveau du méat urinaire, M. Maygrier observa aussi cette

lésion qui fut cause que le méat urinaire ne put être trouvé au milieu du délabrement (Obs. 93). Même déchirure péri-urétrale vulvaire est signalée dans l'obs. 119.

Nous relevons encore deux déchirures vulvaires, et une déchirure des parties molles (obs. 38) sans pouvoir dire exactement leur siège. Les premières sont signalées dans les obs. 11 et 113. Dans l'obs. 11 elles auraient été assez étendues. Quant au cas donné dans l'obs. 38, il se termina par la mort dont la cause fut attribuée au choc en plus de l'infection.

Peut-on éviter ces déchirures? M. Varnier conseille, une fois la tête engagée à fond, de refermer le bassin, et de restituer ainsi aux parties molles leur soutien osseux, quitte — une fois la tête dégagée — à laisser se rouvrir le bassin pour l'engagement et la descente des épaules, et à le renfermer ensuite pour l'extraction finale. Mais M. Jorand nous apprend que :

« Dans les observations de Michel d'Olshausen on n'évita pas des déchirures du vagin, malgré l'emploi de ces procédés.

« D'ailleurs, dans le but d'y remédier ⁽¹⁾, on a proposé
« plusieurs moyens dont l'utilité paraît fort contestable :
« enroulement de la bande d'Esmarck autour du bassin
« (Freund et Multerheim), — appareil à clef de Koffer, —
« protection de la paroi vaginale, avec la main par analogie
« avec la protection du périnée (Franck), ou avec un levier (Freund), — incision cutanée transversale de Zweifel

1. Jorand, thèse de Paris, 1896.

2. Audebert, Parallèle et. cact. *loc. cit.*

« — terminaison spontanée de l'accouchement (Fritsch, et
« Zweifel) — position de Walcher (Fehling), etc., etc.

D'autres incisions ont été proposées pour éviter ces déchirures : incision courbe à sommet inférieur et parallèle à l'arcade pubienne (Porak), — incision petite, longitudinale et supérieure au-dessus des symphyses et ne les dépassant pas, — incision petite et inférieure laissant à peine passer un bistouri au-dessous des symphyses, et faite à l'endroit où la muqueuse vulvaire succède à la peau (Ayers). Il est encore assez difficile de dire si ces différentes incisions préservent, ou tout au moins diminuent l'intensité et la fréquence de ce genre d'accidents.

M. le professeur Gaulard dans ce même but fait une large épisiotomie.

De toutes les déchirures que nous avons signalées deux ont été particulièrement sérieuses chez nous. La première intéressa l'utérus d'une femme qui resta dans un état de syncope dont elle ne sortit que plusieurs heures après, ayant perdu de 600 à 700 gr. de sang ; à la suite de cette hémorragie elle eut une péritonite puerpérale. Le deuxième cas fut plus sérieux encore, puisqu'il se termina par la mort. C'est l'opérée de M. le professeur Runge mentionnée plus haut. Nous y revenons seulement pour faire remarquer que, dans le cas cité de grande déchirure du cul-de-sac vaginal, l'hémorragie se manifestait extérieurement seulement par un suintement, tandis qu'elle se faisait toute entière dans le parametrium, décollant le péritoine latéralement, et dans la partie postérieure de la cavité abdominale, où

elle remontait jusqu'au niveau du rein. Donc cette observation est instructive à ce point de vue, que désormais il y aura un diagnostic à faire entre une hémorragie sous-péritonéale commençant dans le parametrium, et une hémorragie intra-péritonéale.

Citons un cas d'hémorragie artérielle (Obs. 110), qui se produisit chez l'opérée de M. Pinard, hémorragie due à l'ouverture des quatre branches artérielles vésicales. Cette hémorragie en jet cessa après une ligature.

Passons maintenant aux hémorragies par inertie utérine, aussi sérieuses qu'effrayantes. L'utérus ne se contractant pas, les vaisseaux utéro-placentaires restant béants, il en résulte nécessairement une hémorragie formidable. Dans toutes les observations que nous avons recueillies, et en excluant celles où on ne parle que du suintement (Obs. 25, 74, 93, 97, 98, 101, 102, 123, 131), il y a 9 cas — (nous en avons même dix, s'il faut comprendre comme utérine celle qui se produisit dans l'observation 29, trois heures après l'opération) — où l'hémorragie a pu être arrêtée, et les femmes sauvées, grâce à l'habileté de nos Maîtres. Il nous semble que nous n'avons pas exagéré le danger. Qu'on songe que dans l'observation 74 le pouls reste imperceptible pendant 6 heures, et que dans l'observation 25 le pouls reste petit et rapide. Ces hémorragies ont cédé dans certains cas à une injection intra-utérine ; dans d'autres circonstances on fut obligé d'avoir recours au tamponnement.

Nous nous demandons, si sur neuf cas pareils d'hémorragie par inertie, on compterait bien sept issues aussi favorables, si les femmes étaient opérées en ville

par de moins habiles praticiens, et sans le personnel si bien dressé et si dévoué dont on dispose dans les hôpitaux ?

Nous démontrerons tout à l'heure que ces femmes, qui ont échappé à la mort, ont eu des suites opératoires septiques.

Les manœuvres désespérées pour se rendre maître des hémorragies font, dit Porak, négliger souvent quelques-unes des précautions antiseptiques ; alors on voit apparaître des suppurations de la plaie, des accidents septicémiques, qui, chez ces femmes anémiées, ont été plusieurs fois mortels.

Dans le dernier temps de l'opération, quand on procède à la fermeture du bassin, deux accidents d'un autre ordre peuvent encore se produire : c'est d'abord la prise de la *vessie* faisant *hernie* entre les deux pubis si on ne prend pas ses précautions ; c'est ensuite la difficulté qu'on rencontre parfois à *ramener au contact l'un de l'autre les pubis*, ceci principalement chez les femmes ayant de nombreuses cicatrices vagino-vulvaires (Voir obs. 16, 32 et 54). On pourra se faire une idée de cette difficulté, en voyant que chez un sujet (Obs. 54) une suture métallique cassa, et que chez un autre il fallut avoir recours à deux bandes élastiques. Quant à la hernie de la vessie entre les branches des pubis elle est signalée cinq fois (Obs. 36, 41, 68, 110, 120).

Quelles sont les précautions à prendre contre cette tendance fâcheuse de la vessie à s'introduire entre les deux pubis ? M. Fieux nous le dit à propos de l'observation 36 (1).

1. Fieux. *Arch. de gynécologie et de tocologie*, Paris 1896, vol. XXIII.

« On a conseillé de mettre une sonde dans la vessie ;
« mais si la respiration est forte, et à type abdominal, ceci
« ne suffira pas à empêcher les parois flasques de l'or-
« gane de pointer en avant. Il vaut mieux par la partie
« supérieure de la plaie retenir la vessie, soit au moyen
« d'un tampon, soit à l'aide du doigt, jusqu'à ce que la
« coaptation des deux os soit bien assurée. »

Que l'on se décide pour la sonde, ou pour le tampon,
il faut avant tout être habile. Zweifel nous le dit au Con-
grès de Moscou (1) (1897) :

« Incontestablement, l'exécution de la symphyséotomie
« requiert de *l'habileté*, et une grande *prudence*, car, à
« défaut de ces conditions, on peut facilement léser la
« vessie et l'urèthre, et nous ne cachons pas que, sur nos
« symphyséotomies, trois fois nous avons eu de ces acci-
« dents.

« La première fois ce fut une perforation de l'urèthre :
« nous publiâmes le cas dès 1893. L'accident résultait de
« l'emploi d'un cathéter d'homme. La seconde fois l'u-
« rèthre, au moment où on enlevait la gaze, se trouva
« pris entre les pubis. Dans le dernier cas, la gaze iodo-
« formée, placée en arrière de la symphyse, s'étant échap-
« pée, je me servis pour la ramener au dehors d'une pince
« avec laquelle je lésai la vessie. »

Rappelons sans insister, — car ils ont eu lieu à une épo-
que antérieure à celle qui fait l'objet de ce travail, — les cas
de déchirure de la vessie par les arêtes osseuses pubien-

1. *Annales de gynécologie et d'obstétrique* 1897. Congrès de
Moscou.

nes. Nous les mentionnons, car il n'en a plus été signalé depuis ; on prévient actuellement cet accident par l'emploi d'un tampon rétro-symphysien protecteur de la vessie. Si cependant nous n'avons pas d'observations de blessures de la vessie pendant l'opération, nous verrons, quand nous parlerons de complications post-opératoires, que la vessie a pu être blessée par les arêtes pubiennes pendant les jours qui suivaient la symphyséotomie.

Nous avons vu, qu'exécutée par des maîtres, la symphyséotomie abondait en accidents. Nous croyons, qu'entre des mains moins expérimentées les hécatombes seraient multiples. Evidemment couper la symphyse n'est pas le plus souvent difficile ; mais avec la section des symphyses la dystocie n'est pas toujours levée. On peut même dire, qu'à la place d'une seule, en surgissent plusieurs autres : procidence, hémorragie, etc., sans parler de l'extraction même qui persiste souvent à être peu commode, et exige une habileté à toute épreuve.

De cette première partie de notre travail, nous pouvons conclure avec Lusk (1) que les pires ennemis de la symphyséotomie sont ses partisans, qui prêchent sa simplicité, sans mentionner les risques qu'elle fait courir.

1. Lusk, *System of Surgery*, vol. IV, p. 80.

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

A la lecture des nombreuses appréciations qui accompagnaient les publications d'observations de symphyséotomie, nous étions frappé de l'extrême indulgence avec laquelle on jugeait cette opération.

Le cadre de notre travail ne nous permet pas de citer ici toutes les discussions des nombreuses sociétés médicales, où on disait que la mortalité dans cette opération était nulle ou presque nulle, que les suites septiques, les troubles de la marche, etc., n'existaient pas, ou étaient exceptionnels.

Cependant les faits sont assez éloquentes par eux-mêmes; et nous ne pouvons mieux faire, pour réfuter les opinions précédentes, que de donner la longue liste des complications, en prévenant que cette liste donne seulement une fréquence de complications certainement au-dessous de la réalité, pour les raisons que nous avons exprimées dans notre introduction.

A. — Suites immédiates, nature et fréquence des complications.

CHOC OPÉRATOIRE. — MORT 3 fois (obs. 38, 79, 135).

INFECTION SEPTIQUE SOUS TOUTES SES FORMES : 44 fois (obs. 4, 5, 8, 11, 12, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 33, 41, 42, 48, 54, 55, 59, 62, 65, 66, 67, 70, 72, 74, 75, 76, 82, 86, 89, 90, 96, 102, 104, 107, 111, 113, 114, 116, 118, 120, 125, 135) parmi lesquelles : *Phlegmatias* : 12 fois, (obs. 11, 12, 20, 48, 55, 59, 82, 89, 104, 111, 114, 120). *Phlébites* : 19.

L'infection septique a donné lieu 10 fois à la mort des opérées, et ceci de la façon suivante :

Septicémie et choc opératoire : (obs. 24 — femme morte au bout de 16 heures).

Septicémie : (obs. 74, — femme morte au bout de 12 jours). — (Obs. 125, — femme morte au bout de 4 jours).

Péritonite : (obs. 107, — femme morte au bout de 8 jours).

Pyohémie : (obs. 66, — femme morte au bout de 4 jours).

Septicémie et pneumonie : (obs. 33 ⁽¹⁾, — femme morte au bout de 6 jours).

Pneumonie secondaire à des escarres : (obs. 16, — femme morte au bout de 33 jours).

Erysipèle du pharynx (œdème de la glotte) : (obs. 75, — femme morte au bout de 54 heures).

Phlegmatia et embolie : (obs. 104, — femme morte au bout de 18 jours).

Septicémie avec rémission apparente mais infection de la moelle, escarres multiples, et cachexie : (obs. 90, — femme morte au bout de 8 mois).

1. La pneumonie dans ce cas fut reconnue à l'autopsie.

SUPPURATION DE LA PLAIE OPÉRATOIRE : 14 fois (obs. 62, 89, 36, 41, 74, 8, 116, 26, 11, 99, 72, 54, 104, 89).

ŒDÈME DE LA VULVE (¹) : 12 fois (obs. 83 (le 6^e jour), 86 (le 5^e jour), 96 (le 3^e jour), 42 (le lendemain), 59, 102 ; 103 (le 3^e jour), 104 (le 6^e jour), 26 (le lendemain), 124 (le 4^e jour), 2, 89 (vulvo-vaginal).

HÉMATOMES : 5 fois : *Périgénitaux* : (obs. 3, 99, 67 ; les 2 derniers ont suppuré). — *Symphysiens* (obs. 132, 64).

ABCÈS TROCHANTÉRIENS : (obs. 5. 90).

ABCÈS VULVAIRE après un œdème de la vulve, (obs. 2.)

SUPPURATION LOCALISÉE AU NIVEAU D'UN FIL DE SUTURE : 4 fois (obs. 35, 43, 93, 121).

FISTULES PURULENTES SANS CAUSE APPARENTE, MAIS PASSAGÈRES (obs. 26, — 11 jours).

RETARD DANS LA CONSOLIDATION DE L'ARTICULATION SYMPHYSIENNE N'AYANT PAS SUPPURÉ (²) : 4 fois (obs. 12, 65, 111 [écartement de 1 c. 27 ;] 127).

FISTULES SÉREUSES AU NIVEAU DE LA SYMPHYSE (³) (obs. 6, pré-pubienne), 126 (rétro-symphysienne durant 17 jours),

1. Il nous a semblé qu'on pouvait voir dans cet œdème une manifestation secondaire, puisque certaines observations le signalent le 3^e, 5^e, 6^e jour etc.

2. Nous trouvons ici trois cas (Obs. 12, 65, 111) qui se sont présentés chez des sujets ayant souffert de l'infection septique (Il s'agit probablement de troubles de vitalité). L'observation 127 est brève et ne signale que le retard de la consolidation.

3. Ces fistules sont passagères. Elles sont dues à un écoulement séreux secrété par des granulations de la plaie, ou à un contact imparfait des tissus.

52 (rétro-symphysienne, à 2 trajets,) 59 (symphysienne).

LYMPHANGITE DE LA CUISSE : (obs. 28, 118).

TROUBLES URINAIRES PASSAGERS : a) *Cystite* (obs. 112), légère attribuée à la sonde — 126 (purulente durant 17 jours), — 12 (à streptocoques), 59 (à streptocoques), 120 (apparue le 26^e jour), 65 (de longue durée), 70 (signalée le 17^e jour).

b) *Incontinence d'urine* : Obs. 23, 76 (20 jours), 136 (2 jours), 29 (9 jours, hématurie), 22 (8 jours).

c) *Parésie vésicale* : Obs. 44 (2 mois), 65, (2 mois).

FISTULE URINAIRE : a) *uréthro-symphysienne par déchirure de l'urèthre, causée par les bords tranchants des pubis* (obs. 111).

b) *Par escarre vagino-urétrale* (obs. 16).

INCONTINENCE FÉCALE : a) A la suite d'escarres recto-vaginales (obs. 16).

b) A la suite de paralysie sphinctérienne (obs. 90).

ESCARRES de la vulve (obs. 42, 89).

— de la fesse et de la cuisse (obs. 59).

— de la fesse et du sacrum (obs. 12).

— du vagin et du sacrum (obs. 80).

— de la vulve et du vagin (obs. 104).

— du sacrum (obs. 4).

— multiples (obs. 90).

TROUBLES DU CÔTÉ DU SYSTÈME NERVEUX.

Myélite infectieuse (obs. 90).

Néuralgie : Obs. 41, 124 (douleur passagère excessive), obs. 62 (douleur apparaissant du côté des jambes au lever

de la malade, disparaissant progressivement par le massage).

TROUBLES DU CÔTÉ DE L'ARTICULATION SACRO-ILIAQUE (obs. 41 arthrite; 45, (douleur excessive); 3 (douleur); 112 (persistant au départ, 5 semaines après l'opération) 4 90, 104; (apparaissant le 4^e jour et passagère); 56 (le lendemain).

B. — Complications persistantes au départ des opérées.
Suites tardives.

INCONTINENCE PERSISTANTE, OU DE LONGUE DURÉE. Obs. 68 en traitement au bout de 7 mois); — 110 (en traitement au bout de 4 mois); — 49, 58, 80, 101 (subit le traitement); — 15 (persiste au bout de 8 mois); — 93, 119, (a duré quelques mois, guérie); — 51 (causée suivant l'auteur par la sonde de Pezzer); — 53 (diminuant graduellement depuis); — 4 (a déjà subi un traitement chirurgical, inefficace).

ESQUILLES OSSEUSES (obs. 26, 43).

FISTULES PURULENTES (Obs. 26, 43, 116).

TROUBLES DE LA MARCHÉ : Obs. 53, (disparus progressivement), 19 (disparus ensuite), 26 (par suite d'une ostéite avérée dans la suite), 116 (¹), 12) (écartement interpubien de 5 c. 5), 42 (écartement: 5 mm.) 11 et 82 (à la suite

1. Comme il y avait aussi au départ une fistule suppurée au niveau de la plaie, il y aurait peut-être à s'attendre de voir ultérieurement une ostéite avec esquille osseuse comme pour les Obs. 26 et 43.

d'une phlegmatia) 102, (douleur coxo-fémorale), 101 (déhanchement).

Les observations 38 et 79 de *mort par choc opératoire* ont été diagnostiquées telles par leurs auteurs. La septicémie ne sembla pas pouvoir être invoquée.

Dans le premier cas (obs. 38) l'autopsie n'a rien révélé aux organes génitaux externes ; à moins donc de supposer une septicémie foudroyante, ce qui est peu probable à cause de la courte durée de la survie du sujet après l'opération (6 heures 1/2), le choc opératoire peut seul être incriminé.

Quant au second cas (n° 79), voici comment M. Queirel explique la mort de son opérée :

« La symphyséotomie a-t-elle déterminé une poussée
« pulmonaire aiguë qui a amené la mort de l'opérée ?
« C'est très possible, et même probable. Pourquoi ne pas
« parler, par suite de cette coïncidence, du rapproche-
« ment qui vient à notre esprit, et rappeler la thèse d'un
« de nos chirurgiens, le Dr Roux, qui a traité aux affec-
« tions respiratoires consécutives aux hernies intestinales
« étranglées ? Nous l'admettons d'autant plus volontiers
« que la parturiente, nous l'avons dit déjà, était suspecte
« de par elle-même, et de par son hérédité ; l'autopsie
« n'a fait que confirmer nos soupçons ».

La complication qui se présente avec la plus grande fréquence est certainement l'*Infection septique*.

Sous cette rubrique nous avons inscrit :

1° Les cas où les opérateurs ont eux-mêmes prononcé le mot septicémie, infection septique, etc.

2° Les cas où les symptômes qu'on donnait indiquaient suffisamment la puerpéralité (phlegmatia, suppuration de la plaie opératoire, ou autres).

3° Les cas où le traitement (curettage, injection intra-utérine, etc.), remplaçait les symptômes.

Mais, à côté des observations, où l'infection septique est pour ainsi dire franche, il existe des cas où l'on trouve dans les observations de l'élévation de la température, et du pouls (quand celui-ci est donné), sans qu'on puisse l'attribuer à une cause certaine, par exemple : à la suppuration d'un fil ; à une maladie intercurrente telle qu'une bronchite (obs. 6, 9) ; à la suppuration d'un hématome (obs. 64) ; à des escarres, etc. Cette élévation de température n'est pas grande ; à peine y a-t-il 1°5 au-dessus de la normale. Mais le pouls est rapide, au-dessus de 100, et se maintient tel pendant quelques jours, quelquefois même pendant deux semaines et plus. Les autres éléments de l'infection septique nous manquant, que dire de ces cas ? Ce sont des suites anormales ; nous nous rendons parfaitement compte que si toutes les symphyséotomies n'avaient pas d'autres conséquences dans les jours qui suivent, cette opération serait excellente.

Comparons par exemple les tracés de la température et du pouls d'un de ces cas en question, avec l'une des observations où la septicémie est évidente, et qui se termine par la mort le 3^e jour (obs. 125).

Dans cette obs. 121 cette courbe est la suivante :

Le lendemain T. M. 37°3, S. 37°7 P. M. 76, S. 92.

2^e jour T. M. 37°3, S. 38°3. P. M. 96, S. 100.

3^e jour T. M. 38°4, S. 39°4 P. M. 100 S. 120.

Ici, comme symptômes concomitants, nous avons très peu de choses : pendant les deux premiers jours, des vomissements (qu'on pourrait bien mettre sur le compte du chloroforme) ; du tympanisme ; des douleurs dans les cuisses ; puis amendement ; rash scarlatiniforme qui ferme la chaîne des symptômes ; et mort.

Mettons cette observation à côté du n° 61 par exemple, où on a le tracé suivant :

Soir de l'opération, T : 38°2, 37°5 ; P : 148, 104.

Le lendemain, T : M. 37°2, S. 38°. P : M. 104, S. 120.

2^e jour, T : M. 37°2, S. 39°. P : M. 96, S. 140.

3^e jour, T : M. 37°8, S. 37°6, P : 100.

Ou bien au hasard, par exemple, l'obs. 98 :

Jour de l'opération femme pâle, pouls petit.

Soir du 3^e jour T : 38°. P : 126.

4^e jour, T : 38°5. P : 120.

Ou encore l'observation 119, où l'auteur nous dit que la température de la mère n'était jamais très élevée, mais atteignait plusieurs fois 37°8 jusqu'au dixième jour, *cependant que le pouls était rapide durant deux semaines, continuellement au-dessus de 100 ; et il ajoute : l'involution utérine durait plus longtemps que d'habitude.*

De l'étude de tous ces cas qu'on pourrait appeler des cas douteux, et de leur comparaison avec les observations entachées d'une façon évidente de puerpéralité, il nous semble se dégager cette conclusion à savoir qu'ils s'agit ici soit d'une infection à streptocoque peu virulent ; soit peut-être d'une résistance particulière de l'organisme.

Et ce qui semblerait prouver surtout cette dernière idée, c'est cette *marche descendante du pouls*, avec des

oscillations de la température. C'est ce que nous voyons dans les observations 61, 84, 98, 122, 123, 134, et dans d'autres que nous avons cru inutile de citer, et même de relever vu la bénignité de leurs complications.

Peut-être faut-il voir des cas de même nature dans les observations, où à côté de la mention : « suites normales de la symphyséotomie », leurs auteurs nous donnent la température maxima dépassant la normale, sans indiquer l'état du poulx. Parmi nos cas de fièvre puerpérale, où celle-ci nous a semblé évidente (obs. 75), il en est un, où la streptococcie paraît contestable pour l'auteur. Permettons-nous de nous y arrêter quelques temps, et résumons l'observation :

Il s'agit d'une femme admise dans le service huit jours avant le début du travail. Dès son entrée elle présentait les symptômes d'une laryngite grippale. L'observation n'indique pas si elle existait encore le jour de l'opération. La symphyséotomie est pratiquée le neuvième jour après son entrée à la Maternité. Dans les heures qui suivent, la douleur laryngée augmente, il survient quelques menaces de suffocation avec cornage, et, 54 heures après l'opération, la femme succombe brusquement par asphyxie foudroyante.

A l'autopsie les replis aryténo-épiglottiques sont le siège d'un œdème tel que la glotte est absolument obstruée; de plus ces organes sont le siège d'ulcérations nombreuses reconnues à l'examen microscopique pour être des cavités d'abcès streptococciques. Ajoutons un détail donné par l'auteur : un enfant né dans le service fut atteint d'un érysipèle de la face, sans que sa mère ne pré-

sentât aucun phénomène d'infection avant son accouchement, ou pendant les suites de couches.

Ce fait tendrait à prouver qu'il s'agissait là d'une infection puerpérale. Nous voulons faire ressortir le contraste existant entre la bénignité de cette laryngite grippale à marche lente, chronique par conséquent, avant l'opération, et sa brusque gravité après la symphyséotomie. Il nous paraît bien probable qu'il s'agit ici d'un érysipèle du pharynx dû à une infection streptococcique occasionnée par cette opération, le larynx étant le *locus minoris resistantiæ*, et la septicémie s'étant greffée dessus.

Sans compter le cas que nous venons de signaler, nous voyons que la septicémie a donné 10 fois lieu à une terminaison fatale.

Nous savons qu'on voudra expurger quelques-uns de ces cas de mort; nous avons souvent entendu accuser les mauvaises conditions: une maladie intercurrente, un état général mauvais de par la longueur du travail, une application multiple du forceps, de l'infection communiquée pendant l'opération, etc.

Cependant, par exemple, l'auteur de l'observation 74 explique l'issue néfaste de l'opérée par de l'albuminurie. Or, dans l'observation 52 un autre opérateur symphyséotomisa une éclamptique, et les suites de l'opération furent heureuses.

En outre, dans nos observations on trouvera de nombreux cas, où la symphyséotomie fut pratiquée malgré la longueur du travail, la fatigue, et la fièvre des parturientes, sans que les suites opératoires fussent particulièrement mauvaises. Evidemment ce ne sont que des facteurs

isolés de l'infection. Mais l'issue moins favorable exige encore d'autres causes : c'est ici que nous croyons utile de rappeler les *différents accidents opératoires* qui entrent aussi pour une large part dans l'étiologie des infections.

Il en est trois qui y contribuent particulièrement :

1) Une forte hémorragie, qu'elle vienne, soit de l'incision tégumentaire, soit du plexus rétro-symphysien, soit même de l'utérus (inertie).

2) Les déchirures vulvo-vagino-pré-symphysiennes.

3) Les déchirures vulvaires.

Est-ce seulement parce qu'elles anéminent, affaiblissent la malade que ces pertes de sang ont contribué à des suites post-opératoires ? Si on se rappelle avec quelle terreur certains assistants ou opérateurs parlent de ces hémorragies, si on songe au vocabulaire, dont on se sert pour les désigner en France comme à l'étranger, si on lit les recommandations de ne pas perdre son sang-froid lorsqu'elles se produisent, on est porté à se demander si, quand elles se produisent, on ne néglige pas si peu que ce soit les précautions aseptiques minutieuses exigées par la symphyséotomie. En outre, de par l'existence de ces hémorragies utérines, l'opérateur ou ses aides sont amenés à introduire bien fréquemment leurs mains dans cette cavité, d'où le passage possible de streptocoques dans l'organisme par contamination.

Enfin, on notera des observations, où aucune cause *apparente* ne peut être invoquée pour expliquer l'infection. Apparente, il est vrai, mais d'autres causes ne doivent pas manquer dans une opération qui nécessite tant de précautions ; et bien des accoucheurs, qui

sont des éminents chirurgiens, n'évitent pas les infections. Qu'il nous suffise de citer ici cette réflexion de M. le professeur Charles de Liège, à propos de sa quatorzième symphyséotomie (1) :

« Dans *le même* service, où les précautions d'antiseptie
« et d'asepsie sont prises par *les mêmes* personnes, 10
« *césariennes* guérissent parfaitement, et 14 symphyséo-
« tomies donnent 3 décès maternels. Comment expliquer
« ces faits ? A noter que les vastes plaies causées par
« l'opération césarienne sont des plaies régulières,
« nettes, et suturées suivant toutes les règles de l'art ;
« on voit tout ce que l'on fait, et l'on opère comme sur
« la main. Rien n'est laissé au hasard. « Après la sym-
physéotomie, au contraire, la matrice « est comme une
citadelle demantelée ».

Les plaies dilacérées anfractueuses de la symphyséotomie sont la plus grande cause de l'infection.

Evidemment, dit Heinrichius (2), on ne peut pas accuser une symphyséotomie faite aseptiquement d'être la cause *immédiate* de l'infection ; mais il est injuste de lui enlever toute responsabilité de la mort ; car si même le plus souvent l'infection a été, bien avant l'opération, communiquée à la patiente, c'est par les parties molles lésées, et les articulations blessées que l'infection a pu se propager.

Je proteste, dit-il, contre cette façon de dire *a priori*, que ces femmes seraient également mortes, si on ne les avait pas symphyséotomisées.

1. *Journal d'accouchement*, n. 27, 1898, page 218.

2. Heinrichius G. *Ein Fall von Symphysiotomie*, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Berlin 1896, page 273-297.

La phlegmatia a chargé d'un cas de mortalité, notre statistique ; et il en fut de même dans celle de Neugebauer.

Les escarres, qui sont une complication fâcheuse, quoique dans la majorité de cas à pronostic bénin, peuvent se présenter dès les premiers jours, qui suivent la symphyséotomie. Il s'agit là d'un véritable *décubitus acutus*. Nous insistons sur la fréquence relative avec laquelle on les trouve parmi nos observations.

On ne s'en occupait pas avant 1896, et la thèse de Jorand ne mentionne rien à ce sujet. En avril 1896, M. Bué rapporta, dans une communication à la Société obstétricale de France, deux cas d'escarres fessières aiguës à la suite de la symphyséotomie. A ce propos, M. Bué se demanda si la symphyséotomie ne pouvait pas, par des lésions spéciales, donner lieu à la production d'escarres.

Inspiré par cette idée, et à l'occasion d'un fait observé dans le service de M. Maygrier, M. Michel (1) rappelle cette conclusion à laquelle est arrivé M. Segond, à savoir que le *décubitus acutus* est une complication possible à la suite de toute les opérations dans lesquelles les nerfs du bassin risquent d'être tirillés, irrités, ou pincés ; et émet l'hypothèse suivante :

« Elle (l'escarre) est probablement due, le plus souvent, à une irritation, ou à un tiraillement des nerfs du plexus sacré qui, au moment de l'engagement de la tête de l'enfant, peuvent se trouver pris entre elle et les bords de l'articulation sacro-iliaque entr'ouverte ».

Quant au pronostic M. Michel conclut qu'il est bénin.

1. Michel, *Thèse de Paris*, juillet 1897.

Nous ne pouvons pas dire comme M. Michel que le décubitus n'a jamais eu de suites graves. La femme citée dans l'observation 90, pour laquelle M. Michel donne un pronostic si bénin dans sa thèse, succomba au bout de 8 mois à la cachexie causée par ces escarres. Quoiqu'il en soit, les escarres sont douloureuses, exigent des pansements prolongés, augmentent le nombre des soins qui sont déjà minutieux et douloureux, et menacent la consolidation symphysienne par la mobilisation que demande leur traitement.

Les troubles urinaires, dont l'importance varie avec la nature, sont relativement fréquents.

Ce sont :

a) Des fistules.

b) Parésies vésicales.

c) Des incontinenances d'urine.

d) Des cystites.

Les fistules que nous avons relevées dans deux observations ont été dues : une à la déchirure de la vessie, et de l'urèthre pendant l'extraction de l'enfant; une autre à la déchirure de l'urèthre par les arêtes tranchantes des pubis.

Peut-être ces arêtes produisent-elles, plus fréquemment qu'on ne le croit, des entailles sur la vessie, comme on en a trouvé à l'autopsie de l'observation 135.

La parésie vésicale dure habituellement quelques jours, et c'est à peine si on la mentionne; mais, comme on le voit dans notre tableau, elle peut quelquefois durer pendant deux mois.

Il en est de même de l'incontinence d'urine qui per-

siste quelquefois au bout de 8 mois (obs. 15), et malgré le traitement (obs. 4).

Si on peut mettre les parésies vésicales, les incontinenances passagères sur le compte des traumatismes qui accompagnent l'extraction de l'enfant, — ce que du reste semble attester l'observation 29, car on y parle de l'hématurie, — il n'en est point de même de ces incontinenances devenues chroniques. La thèse de M. Jorand donne comme pathogénie de cette infirmité : le tiraillement du col vésical par distension transversale, ou encore par l'intermédiaire des ligaments pubio-vésicaux.

Nous nous rattachons à cette explication, en ajoutant que, dans certains cas, l'incontinence est due à ce que le col de la vessie, ou la vessie elle-même se trouve comprise dans la cicatrice fibreuse rétro-pubienne. (L'obs. 4 nous donne l'exemple le plus probant de ce que nous avançons. Le col se trouvait tellement béant qu'il admettait le passage facile d'un doigt).

Les opérées citées dans les observations 16 et 90, ont gardé, avec les suites désagréables de cette infirmité, une longue incontinence des matières fécales. M. Ayers, l'auteur de l'observation 16 se demande même si la pneumonie qui survint chez son opérée ne fut pas à coli-bacille.

Quant à la cystite, si quelquefois elle est due au cathétérisme qu'il est nécessaire de faire pendant les premiers jours, dans d'autres cas (ex. obs. 59, 12, 120, etc.) elle tient à une cause plus générale : à la septicémie dont elle n'est qu'une des manifestations.

Nous signalons le rapport de cause à l'effet qui existe

entre la difficulté de la section de la symphyse, et les esquilles osseuses. Tout au moins il en fut ainsi dans les deux observations (26, 43), où les opérateurs ont signalé la difficulté de la symphyséotomie (l'auteur de la seconde eut recours au ciseau). Les opérées quittent la Maternité, la première présentant une démarche claudicante ; et la seconde, — fait plus intéressant — marchant parfaitement. Mais la consolidation ne fut qu'apparente car elles reviennent au bout de quelques temps (la seconde seulement après 5 mois) pour se faire extraire des esquilles osseuses.

Cette longue durée, qu'a mis la nécrose pour se manifester dans le second cas, nous fait nous demander, si les lésions osseuses de la symphyse, après la symphyséotomie, ne sont pas plus fréquentes que nous ne le disons. Les femmes, une fois parties de la Maternité, reviennent-elles toujours à la Maternité quand cette complication tardive devient apparente, ou n'ont-elles pas recours plutôt au service d'un chirurgien ? Ne peut-il pas arriver que, de nouveau enceintes, ces femmes accouchent dans d'autres Maternités ? De sorte que cette complication peut rester ignorée de l'opérateur. Enfin on peut supposer que cette complication, survenant après la publication de l'opération, n'a pas encore pu être rapportée. Ceci, du reste, arriva pour deux cas de symphyséotomie pratiquée bien avant l'époque qui nous intéresse, et cependant publiés en 1896 et 1897. Un de ces cas est publié par M. le Professeur Moussous⁽¹⁾. Il s'agit d'une femme qu'il a opérée ; cette femme, dont la symphyséotomie n'avait pas sauvé

1. Moussous. *Symphyséotomie à terme* etc. *Obstétrique*. Paris 1896, 1 vol., p. 313-320.

l'enfant, se trouvant en état de grossesse un an après, vint à la Maternité, enceinte de sept mois.

Ici il importe que nous donnions les accidents et complications de la symphyséotomie qu'a subie cette femme.

Les accidents pendant l'opération furent : une déchirure incomplète du périnée, *et une difficulté pour sectionner la symphyse seulement dans son 1/3 inférieur.* Les complications post-opératoires furent : une cystite pendant environ cinq jours, *un léger œdème* de la lèvre droite de la vulve, et le douzième jour un *écoulement purulent* par l'orifice resté béant d'un des fils d'argent (on n'a fait qu'une suture pré-pubienne); *pas de débris osseux, le stylet n'arrive pas sur une surface osseuse dénudée*; et, six jours après, *la suppuration est tarie*; l'œdème de la lèvre a disparu, et l'opérée quitta la Maternité le vingt-et-unième jour. *La symphyse paraissait consolidée*, et l'opérée retourna à ses occupations, travaillant la terre, *et portant des fardeaux sans la moindre fatigue.*

A son retour à la Maternité voici ce qui se passa :

Etat général satisfaisant; 2 jours après son entrée à la Maternité, insomnie, toux, mal de gorge, angine; le 5^e jour, amélioration de l'affection : elle aide les infirmières dans le service des salles. La nuit de ce même jour, violente céphalalgie, hémiplégie de tout le côté droit, aphasie manifeste. Souffle rude dans toute la région précordiale, plus accentué à la pointe, frémissement cataire. Le 6^e jour, à 11 heures du soir commence le travail; à minuit les bruits du cœur du fœtus ne sont plus entendus. Le 7^e jour à neuf heures du matin, expulsion d'un fœtus mort.

Elle meurt dans la nuit.

Autopsie. — Obturation de la lumière de la sylvienne gauche, près de son origine, par un caillot récent.

Vers le centre de la face antérieure du pubis droit, au milieu d'une légère dépression, se trouvait un orifice large de 5 millimètres, ouverture d'un canalicule qui gagne le centre de l'os. Si l'on fait pénétrer un stylet dans ce trajet fistuleux, on a la sensation qu'on arrive dans un évasement qui communique avec un second trajet fistuleux, dont l'origine se trouve au bord inférieur et postérieur de l'os. Végétations osseuses dans le voisinage du 1^{er} orifice, qui deviennent plus apparentes près du bord du trou sous-pubien. La partie supérieure de la déformation, celle qui correspond à l'épine pubienne, est extrêmement tuméfiée, et fait une saillie qui dépasse de 2 ct la branche pubienne. Cette déformation est très manifeste sur la face postérieure de l'os; elle y dessine une crête osseuse qui fait hernie dans la filière pelvienne. Ce fut le professeur Coyne qui pratiqua l'examen histologique de la pièce pathologique : il trouva de l'ostéite raréfiante, et du tissu osseux nouveau, condensé.

Voici ses conclusions:

« En présence de ces lésions on peut se demander s'il
« ne s'agit pas là d'une ostéite tuberculeuse, analogue à
« du spina-ventosa, dont on retrouve l'aspect macroscopi-
« que.

« Mais, comme rien dans l'histoire de la malade ne peut
« faire songer à un diagnostic de tuberculose, et comme
« d'autre part, l'examen microscopique ne peut être fait,
« vu l'état de sécheresse du bassin au moment de cet exa-

« men, on est plutôt tenté de se rallier à l'opinion suivante : ostéite à marche aiguë consécutive à la symphyséotomie. Une question, difficile à éclaircir, est l'explication de la présence de cette cavité, absolument dépourvue de toute suppuration, et n'ayant aucune tendance à la guérison. On pourrait cependant admettre, que le rachitisme ancien, dont cette femme portait des traces évidentes, a été la cause de cette non-réorganisation des tissus osseux ».

M. le professeur Moussous se rattache à cette opinion d'une ostéite à marche aiguë, consécutive à la symphyséotomie. Il rappelle l'abcès péri-symphysien dans les jours qui ont suivi l'opération ; la difficulté dans laquelle il se trouvait pour la section du 1/3 inférieur de la symphyse ; et la nécessité dans laquelle il se vit d'imprimer à la lame du bistouri des inclinaisons diverses. En le faisant, dit-il, il a pu involontairement offenser le tissu osseux contigu au cartilage qu'il s'agissait de couper.

Voici maintenant un autre cas d'ostéite symphysienne survenue chez une ancienne symphyséotomisée, âgée de 29 ans, domestique.

Le 26 novembre 1896, c'est-à-dire un an après son opération cette femme fut *apportée* dans le service de M. Hofmeier. Déjà, malgré le peu de temps écoulé depuis son opération, elle a subi plusieurs traitements ; notamment un appareil plâtré pendant neuf semaines, et deux petites opérations. A la clinique de Hofmeier on fit un curettage de la plaie sans que la malade s'en trouvât mieux. On la fit transporter alors dans un service de chirurgie. Là, ayant constaté que la patiente ne

peut ni marcher, ni rester debout, ni même demeurer couchée sur le côté, on se décide pour une plus grande opération. Celle-ci a lieu le 14 décembre. Comme il y avait une fistule suppurante, et que le pus provenait de la symphyse, on réséqua la cicatrice ancienne, on souleva le périoste, on enleva quelques esquilles, et on curetta les granulations gris-rougeâtres. Il ne resta en somme après enlèvement de la tablette antérieure (longue de 3 cm., et large de 5 cm.) qu'une mince tablette postérieure réunissant les deux pubis, mais paraissant saine.

Un mois après cette dernière intervention il persistait encore une douleur, qui semblait se localiser au côté droit du bassin. Scharff (1) supposait qu'il s'agissait là d'une tuberculose de la symphyse. Cette hypothèse paraît être combattue : 1° par l'examen histologique *post mortem* (cas de M. le professeur Moussous donné plus haut). 2° par la guérison *complète* des deux opérées mentionnées dans les observations 26 et 44 aussitôt les esquilles sorties. Et nous nous rallions à l'hypothèse du professeur Coyne, à savoir qu'il s'agit là d'une ostéite à marche aiguë, consécutive à la symphyséotomie, chez un sujet, dont la vitalité osseuse était compromise de par le rachitisme même.

De ces quatre observations ne se dégage-t-il pas cette conclusion : qu'on ne peut toujours se servir sans conséquences du ciseau ou de la gouge pour trancher la difficulté rencontrée du côté des symphyses; et qu'il est tout au moins prématuré de croire qu'une femme est complète-

1. Scharff A. *Ein Beitrag zur Kasuistik der Symphysiotomie*
Diss. in Würzburg, 1897.

ment guérie, même quand elle s'est levée, qu'elle a quitté la Maternité en marchant bien, et qu'elle est retournée à ses occupations antérieures.

Pendant l'arthroclasia postérieure, disent MM. Farabeuf et Pinard, aucun ligament, aucun nerf, ni aucun vaisseau de la région n'est lésé à moins de pousser les choses à un degré excessif.

Cette double divulsion articulaire n'est pas cependant sans effrayer les accoucheurs, et on signale dans une de nos observations (34) un craquement, qui fut entendu de tous les assistants, et qu'il faut bien mettre sur le compte d'une lésion des articulations postérieures. Il est plus fréquent de relever une douleur spontanée, ou à la pression, localisée à ce niveau, et durant quelquefois assez longtemps : car dans l'observation 112 elle persistait encore au bout de cinq semaines.

Le plus souvent elle est passagère. Mais voici un fait, qui prouve d'une façon très convaincante, qu'il ne se passe pas toujours rien du côté des synchondromes sacro-iliaques :

Le 25 mai 1897 Löhlein présenta à la *Société médicale de Giessen* une IV pare rachitique, à bassin plat généralement rétréci, chez laquelle il venait de provoquer l'accouchement. A sa 3^e grossesse elle subissait une *symphyséotomie*. L'enfant était mort le 3^e jour. Quant à la mère elle se leva le 22^e jour, et quitta bien portante la Maternité le 60^e jour. (1).

1. Löhlein. *Exostose vor dem rechten Ileosacralgelenk im Anschluss an die Symphysiotomie entstanden. Deutsche med. Wochenschrift. Leipz. u. Berl.* 1897, XXIII, page 160.

Mais, déjà 10 jours avant son départ, on sentait par le toucher interne, au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, une grosseur exubérante (noix), de surface inégale derrière laquelle passait l'artère iliaque.

On s'expliqua à cette époque cette grosseur par une hémorragie, qui avait dû se faire sous le périoste grâce à l'arthroclasia. Quand cette femme revint à la clinique pour une nouvelle grossesse (sa IV), on put se rendre compte que cette tumeur avait notablement grossi, et que maintenant elle égalait une pomme d'api « Borstdorfer Apfel ».

Le diamètre oblique parut de ce fait avoir perdu 1, 5 à 2 ct. (L'accouchement, prématuré cette fois, donna un enfant vivant, pesant 2440 gr.)

Enfin, remarquons pour terminer, qu'en dehors des causes que nous venons de passer en revue, les troubles de la locomotion peuvent être dus à un écartement symphysien considérable, à une phlébite consécutive, à une arthrite coxo-fémorale, etc., et il reste néanmoins acquis ce fait que, dans la majorité des cas, la fonction locomotrice est restituée.

MORTALITÉ MATERNELLE

Nos 136 observations de symphyésotomie nous donnent 2 cas de mort, par accidents opératoires, et 13 par complications post-opératoires.

Or ces 15 cas, traduits en pourcentage, donnent une mortalité maternelle de 11,03 0/0.

Nous rappelons que M. Morisani a réuni, au congrès de Rome en 1894, 241 cas qui lui donnent une mortalité de 11, 6 0/0, et que M. Neugebauer avec 278 cas a obtenu un pourcentage de 11,1 0/0.

MORTALITÉ INFANTILE

Sinous exceptons les cas où, avant la symphyséotomie, la mort de l'enfant était constatée, et ceux où la vie de l'enfant pouvait être mise en doute, il nous reste encore 19 cas où le but l'opération, — sauver l'enfant, — n'était pas atteint.

Éliminons tout de suite un cas (Obs. 35), où le cou de l'enfant était entouré de circulaires. Parmi les 18 cas qui restent, un enfant (Obs. 87) ne meurt qu'au bout de trois jours (nous en ignorons la cause), et sept autres enfants qui paraissent bien viables aux opérateurs succombent dans un court délai à des affections broncho-pulmonaires : Obs. 82 (13^e jour), 90 et 9 (9^e jour), 66 et 13 (4^e jour), 8 (16^e heure), 24 (7 jours).

Ensuite, parmi les causes de la mortalité infantile qui peuvent être mises en première ligne, nous trouvons des applications multiples de forceps avant la symphyséotomie, faites tantôt en ville, trois cas (Obs. 5, 15, 43), tantôt à l'hôpital, deux cas (96, 124). La lésion a pu être vérifiée deux fois à l'autopsie : Obs. 124 (hémorragie méningée), et 96 (fractures multiples du crâne).

D'autres fois la cause primordiale est du côté du cordon ombilical : il y a procidence pendant l'extraction (Obs. 129, et 125).

Dans l'Obs. 52 la cause en relief, c'est l'éclampsie de la mère : l'enfant naît avec des bruits du cœur qui restent bons pendant 4 heures, et pourtant l'électrisation même ne produit aucun résultat.

Il nous reste maintenant 2 cas pour lesquels on ne peut invoquer de préférence aucune cause prépondérante (obs. 71, 13 et 39). On pourra nous objecter que dans les 2 derniers le forceps fut appliqué avant l'opération : mais, pour l'obs. 13, l'auteur nous dit que les tractions furent très légères ; et pour l'obs. 39, l'autopsie n'a rien révélé du côté du crâne, ni des méninges.

Outre toutes ces causes, il y a encore certainement, nous le croyons bien, à incriminer de grandes causes générales à retentissement infantile : soit le chloroforme, soit le choc opératoire, soit la longueur du travail, soit d'autres éléments cachés ; car il est vraiment frappant de voir que, dans la grande majorité de nos observations, l'enfant naît en état d'étonnement, de mort apparente, ou d'asphyxie, et ne peut parfois être ranimé qu'après un temps assez prolongé, et grâce à des soins intelligents, — comme on pourra s'en rendre compte d'une façon précise dans les observations 73 (trois quarts d'heure de soins), 1, 31, 61, 102, 103, 122, etc....

Terminons en disant que ces 19 cas sur nos 136 observations nous donnent une mortalité infantile de 13,97 0/0, pourcentage qui se rapproche de celui de M. Morisani (12 0/0).

CONCLUSIONS

1° La symphyséotomie n'est pas une opération simple, malgré ses apparences. Son exécution ne se fait pas, comme on l'a dit, « à main levée. »

2° Des accidents et des difficultés opératoires de nature très variée, des complications ultérieures s'observent fréquemment et se produisent malgré les plus grandes précautions.

Les moyens de les éviter sont encore à l'étude.

Quoi qu'il en soit, ces accidents et ces difficultés arrivent à des maîtres ; et ils seraient plus nombreux, si les opérateurs étaient des praticiens moins expérimentés et moins habiles.

3° Les suites infectieuses immédiates de l'opération sont à la fois sérieuses et fréquentes, et font méditer.

4° Les suites de l'opération peuvent être tardives, bien après la sortie des opérées.

5° La mortalité maternelle d'après notre statistique est de 11,03 0/0.

6° La mortalité infantile est de 13,97 0/0.

7° Notre statistique ne donne peut-être que des résultats minima.

Vu par le Président de la thèse :

J. BUDIN

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT (J.-L.). — Gazette hebdomadaire de la Société médicale de Bordeaux, 1896. T. XVII, p. 293 et suivantes.
- Annales de gynécologie et d'obstétrique. Paris, 1896. T. XLVI, p. 127 à 142.
- Revue méd. chir. de maladies de femmes, 1896. T. Paris, XVIII, p. 487.
- Gazette hebdomadaire de la Société médicale de Bordeaux, 1897. T. XVIII, p. 112 et suivantes.
- ADENOT. — Lyon médical, 1896. T. LXXXIII, p. 297-305.
- ARNDT (C.). — Centralbl. für Gynäk. Leipz., 1896. T. XX, p. 625 à 629.
- AYERS (E.-A.). — N-York. M. J., 1897. T. XV, p. 877.
- Méd. Rec. N.-Y., 1896. T. I, p. 368 à 371.
- Am. J. Obst. N.-Y., 1897. T. XXXVI, p. 1 à 15.
- BLEYNIE (L.). — Limousin méd. Limoges, 1897. T. XXI, p. 66 à 71.
- BUÉ (V.). — Rev. obst. internat. Toulouse, 1896. T. II, p. 113 à 118.
- BUIST (M.-D.). — British medical Journal. London, 1898. N° 1968, p. 794.
- CAMPAIGNAC (Ch.). — Thèse de Toulouse, 1898.
- CARR. — The American Journal of obstetrics. October 1898, p. 536.
- CHARLES (N.). — Journal d'accouchements. Liège (5 décembre 1897). ; page 398 et suiv.
- Journal d'accouchements Liège, 1896. T. XVII, p. 19.
- Journal d'accouchements. XIX, 1898, p. 216; 476.

- CHARLES (N). — Revue pratique d'obstétrique et de gynécologie.
Paris, 1897. T. XIII, p. 275 à 279.
- COLLET. — Thèse de Paris, 1897-98.
- CRAGIN (E. B.). — Méd. Rec. N.-Y., 1897. T. LII, p. 240.
- CREERY (J.-R.). — Méd. Rec. N.-Y., 1896. T. I, p. 246.
- CRIMAIL (E.). — Ann. de gynéc. et d'obst. Paris, 1897. T. XLVII,
p. 475 à 483.
- CROUZAT. — Rev. obst. internat. Toulouse, 1897. T. III, p. 185
à 188.
- DAVIS (E.-P.). — Am. Méd. News N.-Y., 1897. T. LXX, p. 78 à 80
— Am. J. Obst. N.-Y., 1898. T. XXXVII, p. 218 à 222 et
242 à 245.
- DAWBARN. — Am. J. Obst. N.-Y., 1896. T. XXXIII, p. 359 à 362.
- DONALD (A.). — Edinburgh. M. J., 1896. T. XLII, p. 512 à 518.
- DRAGHIESCO. — Arch. de sc. méd. de Bucarest, 1896. T. I, p. 529
à 535. Paris.
- EARLE (F.-B.). — J. Am. M. Ass. Chicago, 1897. T. XXVIII, p.
1195.
- ENGELMANN (G.). — Boston Medical and Surgical Journal. T.
CXXXVII, p. 34.
- FIEUX (G.). — Ann. de gynéc. et d'obstét. Paris, 1898. T. XLIX,
p. 68 à 74.
Gazette hebdomad. de sc. méd. de Bordeaux, 1897.
T. XVIII, pages 344 et page 497 à 499.
— Arch. de Gynéc. et de tocol. Paris 1896, T XXIII pages
705 à 711.
— Bull. méd. Paris 1897, T. XI page 949.
- FROMMEL. — Jahresbericht pour l'année 1896 et 1897.
- FULLETRON W. S. — Centralblatt für Gynak. n° 18 pages 524, et
Northwest-Lancet. St-Paul, 1893. T. XVI pages 305 à 307
- GUILLEMET. — Gazette médicale de Nantes, 1896-97 T. XV page 97.
- HOMANS V. — Revue médicale de Louvain, 1896-97 T XV, pages
148 à 150.

- HUBERT E. — Revue médicale de Louvain 1895-96. T. XIV pages 433 à 436.
- Revue médicale de Louvain, 1896-97, T. XV pages 14, à 148.
- HEINRICIUS G. — Monatschr. für Geburtsch. und Gynäk. Berlin 1896, T. III, pages 273 à 297.
- IZAC. — Thèse de Toulouse, 1897.
- JORDAN. — Przegl Lek. 1897, n° 13, page 79.
- Monatschr. für Geb. u. Gyn. 1896, T. VI page 207.
- JORAND. — Thèse de Paris, 1896.
- KÜSTNER. — Ann. de Gynécol. et d'Obst. 1897, page 283.
- LADEN. — Thèse de Lille, 1897 n° 16.
- LENOEL et FOURNIER. — Gazette médicale de Picardie. Amiens 1896, T. XIV, pages 416 à 420.
- LEPAGE G. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, mars 1898, page 177.
- Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1896. T. XLV, pages 198 à 212 et 296.
- LOHLEIN. — Deutsche med Wochenschr. Leipzig et Berlin, 1897 T. XXIII, page 160.
- LUSK W. T. — Syst. Surg. Philadelphie 1896. T. IV, page 777 à 809.
- MAYGRIER C. — L'Obstétrique, Paris 1896, T. I pages 17 à 24.
- MAROCCHO. — Arch. di ostet. e ginec. Napoli 1896, T. III pages 144 à 158.
- MICHEL D. — Thèse de Paris. Novembre 1897.
- MOUSSOUS. — L'Obstétrique. Paris 1896, T. I pages 313 à 320.
- MURILLO A. — Ann. de gynéc. et d'obs. Paris 1897, T. XLVII pages 484-486.
- NAMIAS. — Arch. di ostet. et ginec. Napoli 1896, T. III, pages 459 à 464.

- NEWCOMET W. S. — Philadelph. Polyclin. 1898, pages 388 et 391.
- PINARD A. — Annales de Gynécologie. 1897, page 1-34 et 257.
- PESTALOZZA. — Monatschr. für Geb. und Gyn. nov. 1897 p. 465.
- POMEROY E. H. — Boston. Méd. S. J. 1897, T. CXXXVII page 36.
- PRUVOST. — Revue médicale, 1897, n° 147, Paris.
- PORAK. — L'obstétrique 1898, page 509.
- POZZOLI (B). — Ann. di ostet. Milano 1898. T. XX, pages 1 à 38.
- QUEIREL. — Marseille médic. 1896, T. XXXIII, pages 3 à 7 et 1898 T XXXV, p. 161.
- Revue obstét. intern. Toulouse 1896, T. II, pages 49 à 56.
- ROCHET. — Ann. Soc. de méd. d'Anvers 1897, T. LIX, pages 69 à 75.
- SALLES. — Thèse de Paris, 1898.
- SCHARFF (A). — Diss. in Würzburg 1897.
- SUFFOLK DISTRICT MÉDICAL SOCIETY. — Boston M. et S. J. 1898, pages 611 et 620.
- SWEENY (F. H). — Indian M. Gaz. Calcutta 1896, T. XXXI, page 59.
- SWIFT. (J.-B). — Boston M. et S. J. 1896, T. CXXXV, pages 621 et 623.
- TEISSIER. — Thèse de Montpellier 1897, n° 15.
- THEVELIN. — Revue médicale de Louvain 1896-97, T. XV, page 488.
- THISQUEN. — Journal d'accouchements Liège. 1896, T. XVII page 367.
- THOMPSON. — Tr. Roy. Acad. M. Ireland Dublin, 1897, T. XV, page 350.
- VALDAGNI (V). — Riv. di Ostet. Torino 1897, T. II page 250-273.
- VARNIER. — Annales de gynécologie et d'obstétrique (Congrès de Moscou), 1897.
- WOYER (G). — Centralblatt f. Gynäk Leipzig. 1896, T. XX, pages 81-84.

ZWEIFEL. — Ann. de gynécologie et d'obstétrique, Paris 1897,
T. XLVIII, pages 273-283.

— Monatschr. für Geburtsh. und Gynäk Berlin 1897,
T. VI, pages 227-235.

*Pendant que nous publions notre travail, paraît la thèse de
M. Abelly dans laquelle nous relevons 8 observations inédites
de symphyseotomie que nous regrettons de ne pouvoir aussi
classer dans nos tableaux (Obs. 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22).
Elles chargeraient encore notre statistique.*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	7
Difficultés et accidents opératoires	11
Complications post-opératoires	
A. — Suites immédiates	37
B. — Suites tardives	41
Mortalité maternelle.	59
Mortalité infantile	60
CONCLUSIONS	62
BIBLIOGRAPHIE	63

N°	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures
----	--	------------------------------------	--------	------------------------------------	--	---------------------------------	---	-----------------------------

18

1	M. Ayers Edward 1896.	F. B. 35 ans.	P. pul. m. : 7,6.	XII. pare. 7 à terme, forceps, dont 4 enf. viv. 2 enfants prématurés. 2 avort.	A terme. O.I.D.P.		Forceps en ville et 3 fois à la clinique.	
2	M. Donald. Edimbourg 11 janvier 1896	C. J. S. 24 a.	Aplati, P.p.m. 7,65.	II pare. 1 enfant macéré.				Plus de 24 h.
3	* M. Bar. (Clinique) 13 janv. 1896.	D.	Générale- ment rétréci, aplatis. P.sous-pub.: 9, 2.	III. pare. 1 ^{er} accouchement pro- voqué à 8 mois. Enfant mort au bout de 8 h. 2 ^e enfant mort pendant le travail.	A terme. O.I.D.T.			7 h. 30.
4	M. Bué. (Maternité de Lille). 15 janvier 1896.	Berthe Leroy. 22 ans.	Rachitique. P.sous-pub.: 8 3/4.	I. pare.	8 mois 1/2 O.I.G.T.		Acc. provoqué, sonde de Krause, Ballon de Champetier, dilatation manuelle.	41 h.
5	M. Bouffe de Saint- Blaise. (Clinique Baude- locque). 15 janvier 1896.	Léonie B. 28 ans.	P.sous-pub.: 10,8.	I. pare.	A terme. O.I.G.T.	Transportée à la cli- nique pendant le travail. B. du Cœur 209, puis 140, puis bruits plus régu- liers.	5 Applications de forceps en ville.	34 h.
6	M. Audebert. (Clinique obstétri- cale de Bordeaux). 19 janvier 1896.	Anna A. 26 ans.	Rachitique. P.sous-pub.: 9,5.	II pare. 1 ^{er} avortement de 2 mois 1/2.	A terme. S.I.G.T.	Albuminurique qui suit irrégulièrement le régime.	Ballon de Champetier (2 fois), tamponnement à la gaze. Version.	54 h.
7	M. Moussous. (Clinique obstétri- cale de Bordeaux). 2 janvier 1896.	Gabrielle G. 22 ans.	Rachitique. P.sous-pub.: 10.	II pare. 1 ^{er} à terme. Basiotripsie.	A terme. O.I.F.T.	N'a plus de contrac- tions.		24 h.
8	M. Davis (Maternité Jeffer- son Philadelphie). 21 janvier 1896.	M. K.	P. p. m. : 11,75	II pare. 1 Forceps, enf. vivant.	A terme. II ^e position.		Forceps en ville.	
9	M. Bouffe de Saint- Blaise (Clinique Baude- locque). 23 janvier 1896.	Marie L... 30 ans.	P.sous-pub.: 10	II pare. 1 acc. provoqué, forceps, enf. mort-né.	A terme. O.I.G.T.	Liquide verdâtre.		

ACCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Écartement interpubien maximum mesuré ou estimé	SUITES DE COUCHES	Suites tardives Jour de la levée et du départ de l'opérée	Enfant État de naissance Son poids Le Bi-P.
Prolapsus du col utérin et de la paroi ant. du vagin pendant l'extraction. Fortes tractions (forceps), par suite de la résistance du col probablement.	Forceps glisse, version. 3 ct. Forceps. 7 ct. — Version.	(Edème et abcès vulvaires. Fortes douleurs dans l'articulation sacro-iliaque droite. Fièvre pendant q.-q. jours, T° atteint 40°9, tombe après ouverture d'un hématome.	Sort le 38 ^e jour. État satisfaisant. Revue après 7 mois : bien.	Mort apparente. Ranimé lentement. Vivant ; de taille moyenne.
La sonde de Krause, rompant la poche des eaux, tombe dans le sacenta, et provoque une légère hémorragie. Tamponnement. Dérivure incomplète du périnée.	Forceps. 6 ct, 5 —	Les jours suivants, fièvre (39° et 40°) qui ne cède qu'au bout de 3 semaines. Douleurs du côté de la symphyse sacro-iliaque gauche le 7 ^e jour à cause du grand écartement des pubis (7 centimètres). Dix jours après l'opération escarre considérable du côté du sacrum, qui ne se comble que très lentement, et dure 6 semaines. Incontinence d'urine que rien n'arrive à guérir. Opération inefficace. Le méat largement ouvert admet le petit doigt.	Part le 48 ^e jour, bon état. Selève le 60 ^e jour. Sort au bout de 5 mois : Incontinence absolue d'urine.	Etonné ; vite ranimé. Poids 3,110. Bi. P. : 8.4. Vivant. Poids : 3,420 g.
Panicule cellulo-adipeux consilée et très vasculaire. Difficulté à libérer ligament triangulaire des connexions. Dissection faite avec le doigt : tissu cellulaire subit une violente attrition et gêne la dérivation de la ligne interarticulaire.	Forceps. 6 ct — Siège. 5,5 c. —	Suites pathologiques. Injections intra-utérines. Curettage le 4 ^e jour. Phlegmon de la région trochantérienne. Bronchite. T. 38° pendant 3 jours. Réunion semble parfaite. Le 12 ^e jour petite fistule à l'extrémité supérieure de l'incision, et se dirigeant obliquement vers le pubis. Écoulement séreux. La malade commence à marcher. Puis T. 40°, troubles respiratoires, dyspnée, etc. On la soigne longtemps pour une broncho-pneumonie et une péricardite. Albuminurie.	Sort le 45 ^e jour. Sort 6 mois et demi après guérie.	Mort. Poids : 3,680. Bi P. : 9,3. Etonné ; vite ranimé. Poids : 3,400. Bi P. : 10.
Assez abondante hémorragie méneuse après l'extraction de l'enfant.	Forceps. 5 ct. —		Se lève le 23 ^e jour. Sort le 36 ^e jour bien guérie.	Vivant. Crie de suite. Poids : 3,410. Bi P. : 9.
Déchirures des parois ant. et post. du vagin peu importantes. Sutures. Grande injection intrapéritonéale. Tamponnement.	Forceps.	Septicémie. On est obligé de nettoyer l'utérus avec une curette. Symptômes s'améliorent. Au-dessus du pubis, suppuration du tissu cellulaire. Pus pendant plusieurs jours. Réunion de l'articulation et guérison.	Sorti le 49 ^e jour. Revue au bout de neuf mois, bien.	Vivant. Pneumonie. Mort 18 heures après. Bi P. : 10,5
Procubitus du cordon.	Forceps. 6 ct. —	Elévation de T. le 3 ^e et le 4 ^e jour, la femme ayant une bronchite intense.	Sort le 35 ^e jour. Bon état	Etonné, mais vite ranimé. Poids : 3,480. Bi P. : 10,3. Mort le 9 ^e jour de broncho-pneumonie.

N ^{os}	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements Antérieurs	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie	Durée du travail. Heures	AC
-----------------	--	------------------------------------	--------	---------------------------------------	---	---------------------------------------	--	-----------------------------------	----

1896 (su

10	M. Moussous. (Clinique obst. de Bordeaux). 28 janvier 1896.	Jeanne S... 29 ans.	Cyphotique. enentonnnoir type.	IV pare. 1) Fœtus volumineux. Basiotripsie. 2) Acc. prématuré pro- voqué. Extraction diffi- cile. Enfant mort. 3) Acc. prématuré pro- voqué, version. Enfant mort q. q. heures après.	8 mois. Tête en partie dans l'excavation		Acc. provoqué. Ballon de Champetier.		Pe- loge présé. A.L.L. peut moiti secti
11	* M. Champetier de Ribes. (Tenon) 4 février 1896.	Dumas. 23 ans.	Asymé- trique P. p. m. 7,5.	II pare. 1) craniotomie.	A terme. O I D T.		Ballon. Levier de Farabeuf.	5 h.	On faire Du déch timèl
12	* MM. Baret, Du- brisy. (Clinique Tarnier). 5 février 1896.	Ch.	Générale- ment rétré- ci, aplati. P.sous-pub.: 9. 3.	II pare. 1) à terme, basiotripsie.	A terme. O I G A.		Petit ballon de Champetier.	13 h.	Déch
13	M. Gaulard. Maternité (Lille). 5 février 1896.	Agnès D. 31 ans.	Aucune mal- formation. P.sous-pub.: 9.	I pare.	O I D T.	Santé excellente. Bruits du cœur bons.	Forceps. Tractions légères.	7 h.	
14	* M. Champetier de Ribes. (Tenon). 7 février 1896.	Gabrielle D. 36 ans.	P.sous-pub.: 10,2.	V pare. 1) sommet spontané. Enfant mort. 2-3) version. Enfant mort. 4) symphyséotomie. Enfant mort.	A terme.		Ballon de Champetier. Levier de Farabeuf laissé en place.	9 h. 30	La chée et on
15	M. Thisquen. (Verviers). En ville. 9 février 1896.	K.	Oblique. aplatis P.sous-pub.: 8.	I pare.	A terme. O I G T.	Rupture spontanée des membranes. Bruits du cœur bons.	Forceps (2 fois).		Syn- dées. rière Résis
16	M. Ayers, Edward. (Maternité de New-York). 14 fév. 1896.	KL. 29 ans.	P.p.-m.: 8,7.	II pare. 1) reste une semaine en travail. Enfant à ter- me mort-né.	A terme. O I G A	Vagin remarquable- ment déformé par une cicatrice longitudinale s'étendant de la partie postérieure du col jus- qu'à 5 ct de la commis- sure postérieure, et par un anneau cicatriciel épais embrassant l'os- tium du vagin entière- ment, et réduisant beau- coup l'ouverture. Tout le plancher pelvien est dur, cicatriciel, inélasti- que. État de l'enfant, excellent.	Incision de la bande cicatricielle et de l'an- neau. Forceps et tractions.		Grat les pu partie

INCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement	SUITES DE COUCHES	Suites tardives	Enfant
	Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé		Jour de la levée et du départ de l'opérée	Etat de naissance Son poids Le Bi-P.

te).

ant l'opération la tête se ans la fosse iliaque droite : tation de l'épaule gauche en L'interligne articulaire ne tre sectionné que dans sa supérieure. On complète la a par la voie sous-symphys.	Version — 4, 5 c.	Erysipèle bénin, qui ne dure que 3 ou 4 jours, sans aucun retentis- sement sur la région génitale.	Sort le 27^e jour.	Etonné. Vite ranimé. Poids : 2410. B.P. 8 et 1/2.
'arrive pas avec le levier à descendre la tête. ôté du vestibule, muqueuse ée sur une étendue de 3 cen- es.	Levier. Forceps.	Au bout de quelques jours la partie supérieure de la suture est dou- loureuse (suppuration d'un catgut profond), on enlève les fils. Drainage. Réunion par bourgeonnement. 22 février, douleur et gonflement du membre inférieur gauche. Le 9 mars, phlébite du membre inférieur droit.	Passée en médecine le 30 mars. Plus tard, ci- catrice adhé- rente à la sym- physe. Diffi- culté de la marche (jam- bes enflent le soir).	Vivant. Poids : 3480 Bi-P. 9,3.
ure du vagin communiquant ec la plaie opératoire.	Version.	Le sixième jour en faisant le pansement on s'aperçoit que les sutu- res de la paroi antérieure du vagin n'ont pas tenu. Il existe donc une cavité limitée latéralement par les 2 branches de l'arcade, dont les cartilages semblent recouverts par des bourgeons charnus. Les parois de la cavité sont absolument lisses et ne suppurent pas. Septicémie ; escarre fessière ; escarre sacrée ; cystite à streptocoque ; phlegmatia de la jambe droite. Le 22 mars on fait une suture osseuse qui coupe le tissu osseux. Le 3 mai, appareil plâtré après avivement.	Quitte le 156^e jour. Ecarte- ment interpu- bien de 5 c. 5.	Vivant. Poids : 3,150 Bi-P : 9.3
	Forceps.	Bonnes.	Sort le 23^e jour.	Mort né.
èvre post. du col est accro- r la tringle ; on désarticule, ecommence.	Levier extracteur.	Bonnes.	Sort le 24^e jour en parfait état.	Mort appa- rente. Vite ranimé. Bi-P : 9,3.
physes irrégulièrement sou- n doit agir d'avant en ar- petits coups de bistouri. nce du col qui coiffe la tête.	Forceps. 8 c. 5, malgré la con- trepression des aides.	Pas de fièvre. Douleurs dans les jambes et les cuisses. Incontinence d'urine au bout de 8 mois.	Se lève 28^e jour. Incontinen- ce d'urine.	Etonné. Mort attribuée aux trop énergiques tractions.
le difficulté de rapprocher s à cause de la rigidité des molles.	Forceps; for- tes et longues tractions. — 3,8.	Elévation de température grâce à une double escarre du tissu cicatriciel vaginal, à une fistule en dedans du sphincter anal interne, et à une escarre de la base de la vessie. Incontinence d'urine et de matières fécales par suite des escarres. La plaie pubienne n'est par infectée et guérit en 8 jours. Le malade meurt au 33^e jour de pneumonie.	Mort.	Tête déformée, moulée. Bi-P : 9,11.

N°	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures	
1896 (suiv.)									
17	M. Fullerton. Duluth Minn. 24 février 1896.		Bassin de Naegele.	II pare. 1) forceps, enfant mort.					
18	M. Varnier. (Clinique Beaudelocque). 25 février 1896.	Marie C. 24 ans.	Vicié. P. sous-pub: 10,2.	I pare.	A terme O I G T	Bruits du cœur un peu irréguliers.	Forceps.	14 h.	
19	M. Heitz. (Cl. Besançon). 5 mars 1896.	X. 32 ans.	Rachitique. P. p.-min: 8.	VI pare. 1) embryotomie. 5 accouchements prématurés avec enfants morts.	Siège.	Etat excellent.	Ballon de Champetier.	12 h.	
20	Varnier. (Baudelocque). 2 mars 1896.	Juliette J. 20 ans.	Vicié P. sous-pub: 10,3.	I pare.	A terme.	Liquide vert. Injection de 10g de sérum antistreptococcique.	Ballon de Champetier.	30 h.	
21	M. Donald. Edimbourg. 8 mars 1896.	A. S. 32 ans.	Généralement rétréci et aplati. p. p.m: 8,25.	VII pare. 1) à terme, forceps. Mort. 2) 3 Basiotribsie. 4) Prématuré, 6 m. 1/2 Mort après 15 minutes. 5) spontané à 7 m. mort après 1 heure. 6) à terme, long travail, fœtus macéré.		Rupture des membranes chez elle. B. du cœur bons.	Ballon de Champetier.		II f (force tête).
22	M. Namias. (Naple, Clinique). 11 mars 1896.	E. 26 ans.	Rachitique. P. p. m.: 8.	I pare.	A terme O.I.D.T.	Rupture des membranes la veille chez elle. Bruits du cœur bons.	Forceps, tractions fortes prolongées (3 fois).		Sy form La nour vom naît. ler à ca rateu
23	M. Louis Bleynie. (Cl. de Limoges). 15 mars 1896.	R. 26 ans.	P. p. m.: 7.	I pare.	A terme. Epaule droite en acromio gauche.			65 h.	
24	M. Maygrier. (Lariboisière). 10 mars 1896.	For. 31 ans.	Rachitique, aplati. P. sous-pub: 10,5.	I pare.	8 mois 1/2 O.I.D.T.	Urines albumineuses. Travail débute spontanément. Rupture précoce des membranes. Bruits du cœur bons.	Ballon de Tarnier. Procidence du cordon. Ballon de Champetier. Ecarteur Tarnier.	36 h. 30	La suivi abon sicaui plaie dilate corde Tro Inc du c Le l'or res

INCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé	SUITES DE COUCHES	Suites tardives Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant Etat de naissance Son poids Le Bi-P.
-----------------------	--	-------------------	---	--

ite).

	Forceps. Largeur de l'indicateur.	Bonnes.	Marche bien au bout de 5 semaines.	
	Forceps. — 5,5 c.	Suites pathologiques. 5 injections de sérum anti-streptococcique.	Sort le 37 ^e jour. Bon état.	Vivant, poids : 3,960 Bi-p: 9,7.
coulement de sang assez abondant. Tamponnement.	(Siège). 7 c.	Phlébite débute le 15 ^e jour dans la cuisse gauche, se propage au membre gauche entier, et dure quelques jours.	Se lève le 30 ^e . Sort le 35 ^e . Un peu de fatigue dans la marche Revue bien.	Etonné. Vite ranimé.
	Forceps. — 7 c.	Suites normales. 26 jours après l'opération, douleur dans la jambe gauche, œdème péri-malléolaire. 5 injections de sérum antistreptococcique; douleur disparaît en 8 jours.	Se lève le 19 ^e jour. Sort le 55 ^e jour. Bon état.	Etonné. Vite ranimé. Poids : 2,945. Bi. P : 9.
llait faire de fortes tractions (ps) malgré la petitesse de la	Forceps. — 5 c.		Se lève le 17 ^e jour.	Petit enfant; tête petite.
physéotomie sans chloro-	Forceps. —	Caféine, éther. Vomissements, diarrhée le 3 ^e jour T : 38°7. Apyrexie pendant huit jours. Troubles gastro-intestinaux continuels. Urticaire. Fièvre. Congestion mammaire. Huit jours après, douleurs gastro-intestinales, T : 39°1 (3 jours). Lavements boricués, eupéptiques. Amélioration le 15 ^e jour. Incontinence d'urine pendant une semaine; elle disparaît progressivement avec l'amélioration de l'état général.	Se lève le 30 ^e jour. Sort le 45 ^e jour.	Vivant. Bi-p : 10 ct.
emme ne prenait pas de ture depuis trois jours et sait tout ce qu'on lui donne très grande pour décol-				
s tissus retro-symphysiens e de la tête fœtale. L'opé-	Version.	Pendant les premiers jours T. entre 37° et 38°. Troubles de miction. 3 ^e jour, T: 39°. Injection intra-utérine, 7 ^e jour, T: 38°. Oscillations entre 37° et 38° jusqu'au 13 ^e jour, puis normale.	Sort le 38 ^e jour. Revue bien.	Vivant. 2,830.
a le doigt engourdi.				
ection des symphyses est d'une hémorragie assez	Forceps. — 8 c.	20 minutes après l'opération grande pâleur, pouls petit, fréquent, éther, oxygène, alcool, glace, lait. A 1 h. 30 pouls imperceptible, respiration fréquente et superficielle, lèvres et conjonctives décolorées. A 2 h. sensation très forte d'étouffement, extrémités se refroidissent. A 3 h. Injection intra-veineuse de 2 litres 250 de sérum, pouls reparaît assez fort, régulier, mais fréquent. A 3 h. 45 frisson violent, vomissements bilieux et alimentaires. Inhalat. d'oxygène. A 4 h. pouls redevenu filiforme imperceptible, 2 ^e injection intra-veineuse de sérum (1350 gr.) pouls remonte le soir, T: 38°8, nuage très léger d'albumine dans urine. A 9 h. 45 pouls de nouveau imperceptible, 3 ^e injection intra-veineuse de sérum, pouls remonte. Le lendemain agitation, douleurs dans le ventre. Continuation de l'oxygène, du lait, et de l'alcool. T: 38°2. Pouls 160. Respiration 64. A 5 h. du matin mort. Autopsie. — Dans le cul-de-sac rétro-utérin notable quantité de liquide séro-purulent. Fausses membranes fibrineuses sur rectum et utérus. Plusieurs plaques noirâtres sur fond de l'utérus. Foie blanchâtre, mou. Reins sédecortiquent mal. Substance corticale dégénérée.	Mort.	Mort apparente. Lentement ranimé. Poids : 2,330g. Bi-P : 8,5. Couveuse. Poids diminue et tombe à 2100. Râles au sommet gauche. Le 17 mars mort. Autopsie : Bronches pleines de pus au sommet gauche.

1896

N ^{os}	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs	Époque de la grossesse. Présentati et position	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures.
25	M. Pinard. (Clinique Baudelocque) 26 mars 1896.	Rose P.	P. sous-pub. : 10,8	I pare			Ballon de Champetier. Forceps.	
26	M. Champetier de Ribes. (Hôtel-Dieu) 28 mars 1896.	H. 28 ans	Pas de déformation rachitique appréciable P. sous- pub. 10,5:	V pare 1) Spontané, enf. vivant. 2) à 7 mois, forceps, en- fant mort. 3) à terme, basiotripsie. 4) forceps, enf. vivant.	A terme. Tête.	Procidence d'une main.	Ballon.	17 h. 30
27	M. Lepage. (Charité) 31 mars 1896.	Eugénie. 27 ans N ^o 225	Normal P. sous- pub. : 10,2	III pare 1) Terme, version, après forceps, enf. mort-né. 2) Terme, version, après forceps, enf. mort-né.	A terme. O I G T	Enfant perd du meconium. Bruits du cœur irréguliers.		8 h. 30
28	M. Bouffe de Saint-Blaise. (Clinique Baudelocque) 3 mai 1896.	Philo- mène L.	Luxation de la hanche gauche	I pare	A terme.	Liquide vert. Bruits du cœur normaux.	Ballon de Champetier.	17 h.
29	M. Charles. Liège (Clinique) 4 avril 1896.	P. 28 ans	P. pub. min. : 7,5	IV pare	A terme. S G T			
30	M. Hubert. (Maternité de Louvain) 8 mai 1896.	Van O. 24 ans.	Asymétri- que Sacrum plat P. p. m. : 7.	II pare. 1) basiotripsie, enfant mort, volumineux, pré- sentation du front, téta- nos utérin.	A terme. O.I.D.T.	Femme fatiguée. Bruits du cœur bons. Poche des eaux intacte.	Forceps.	12 h.
31	M. Edward Ayers. 9 mai 1896.	M. P. 23 ans.	P. p. m. : 8,9	I pare.	O.I.D.A.		Forceps.	
32	M. Pozzoli. (Clinique de Bologne) 9 mai 1896.	G. E. 21 ans.	Irrégulier, rétréci, un peu asymé- trique. P. sous- pub. : 10	II pare. 1) 8 mois, forceps, en- fant mort-né.	A terme. O.I.G.A.	Bruits de cœur bons.		11 h. 30.

IDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant Etat de naissance Son poids Le Bi-P.
--------------------	--	-------------------	---	---

ite).

liquide qui s'échappe avec t est purée. Pendant déli- hémorragie forte qui cède ion intra-utérine très chau- moment des sutures, la pâlit; pouls petit, fréquent.	Forceps — 5,5	Suites normales.	Sort le 85° jour.	Mort apparente. Ranimé par insufflation. Poids : 3,200 BcP : 9,6
	Forceps	Le lendemain P. et T. bons. Etat cérébral bizarre. Elle chante, crie. Œdème de la partie sup. de la vulve. Le 2° jour agitation nocturne. Le 4° j., à la pression, il s'écoule un peu de sérosité louche de la plaie. Œdème vulvaire a diminué. Le 7° jour bonne réunion. Le 12° jour il s'est formé 3 petites fistules suppurantes qui sont complètement fer- mées le 23° jour. Un mois après sa sortiére vient pour se faire extraire une esquille osseuse. Marche bien ensuite.	Se lève le 28° jour. Sort le 51° jour. Démarche un peu claudicante.	Vivant
	Levier	Température bonne. Pouls bon (80).	Bien.	Etonné Vite ranimé Poids : 2,180 Bi-P : 9 ct. Chevauche- ment considé- rable.
	Forceps — 4 c.	Suites normales, sauf le 9° jour où la femme a 39°,2 le soir. Rou- geur très intense à la cuisse au niveau d'une injection de serum.	Sort le 47° jour.	Etonné. Vite ranimé. Poids 3,500
rrragie trois heures après chement.		Les 3° et 4° jours l'urine retirée par la sonde n'est pas très abon- dante, et est sanguinolente. Le lendemain elle est plus transparente. Le 6° jour la malade urine seule. Du 9° au 18° jour légère incontinen- ce qui cesse.	Se lève le 22° j. Essaie de mar- cher soutenue par 2 aides. Jam- bes lourdes.	Vivant.
ulation évasée en avant, trée en arrière; le bistouri né ne passe pas. Légère pe- les cuisses, qui s'écartent ément de 6 c. Forte hé- ie derrière pubis après ex- del'enfant. Tamponnement	Forceps — 6,5.	Le trajet fistulaire dans lequel on avait laissé un mètre de gaze a seul donné un peu de pus pendant quelques jours. L'immobilité a été très pénible. Le soir de l'opération. T. 38° (maxima).	Se lève le 17° jour. Marche un peu difficile.	Gros enfant. Un peu étonné. Vite ranimé.
ction à l'aide de forceps cile.	Forceps — 5,7 ct.		Sort 7° semaine.	Mort. apparente. Difficilement ranimé. Bi-P : 3,89.
ision des téguments petite gie; pince. ament triangulaire s'étant avant l'incision, brusque- ent des pubis, et hémor- artement de un travers de our rapprocher les pubis, bandes élastiques.	4 ct.	3° jour T. 37°8, 4° jour 37°9, 5° jour T. 38°. Eruption bulleuse aux organes génitaux; le 3° jour engourdissement et douleur au membre inférieur gauche. Réunion par première intention. Le 18° jour dou- leur trochanterienne droite passagère (2 jours). Certaine mobilité des articulations sacro-iliaques par le toucher rectal.	Se lève le 16° jour. Sort le 25° jour. 6 mois après mobilité des pubis.	

N.º	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures
33	M. Pinard (clinique) 10 mai 1896.	Marie B. 32 ans.	P. S.-P. 9	V pare. 1) terme siège, mort. 2) terme siège, mort. 3) terme épaule, mort. 4) terme épaule, mort.	A terme.	Pouls maternel 120. Ruptures artificielles des membranes.		8 h.
34	M. Louis Bleyne. (Cl. de Limoges) 18 mai 1896.	Marie D. 26 ans.	P. p. m. 8 ct.	VI. pare 1) avortement. 2) prématuré à 6 mois 1/2. 3) prématuré à 8 mois. 4) à terme, forceps, enfant mort. 5) accouchement pénible et long, enfant mort.	A terme.			8 h.
35	M. Lacase (à la campagne). 22 mai 1896.				A terme. O.I.G.T.	Poche des eaux rompue depuis l'avant-veille. Bruits du cœur de l'enfant bons.	Plusieurs applications de forceps par un confrère.	Environ 48 h.
36	M. Lefour. (Maternité de Bordeaux). 25 mai 1896.	Marie P.. 30 ans.	Générale - ment rétréci. Scoliose. P. p. m. 7.	II pare. 1) siège, 7 mois, acc. provoqué. Enfant mort pendant extraction.	A terme. O.I.G.T.	Bruits du cœur bons.	Ballon de Champetier. Forceps qu'on laisse en place.	50 h. 30.
37	M. Thompson. (Dublin Union Hospital). 26 mai 1896.		Bassin rachitique. P. p. m.: 7, 6.				Forceps sans succès.	
38	M. Hofmeier. Würzburg Clinique. 3 juin 1896.	X... 26 ans.	Rachitique plat. P. sous-pub.: 9,5.	I pare.	A terme O.I.G.A.	Fièvre et suspicion d'un tympanisme de l'utérus. Poche rompue cinq jours avant l'entrée.	Ballon.	
39	M. Maygrier. (Lariboisière). 6 juin 1896.	St. 27 ans.	Rachitique. P. sous-pub.: 10.	III pare. 2 accouch. spontanés. Enfants mort-nés.	A terme O.I.G.T.	Varices des membres inf. Rupture spontanée des membranes avant son entrée. Contractions énergiques très rapprochées.	Forceps (2 fois).	34 h.

INCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant Etat de naissance Son poids Le Bi-P.
-----------------------	---	-------------------	---	---

uite).

mbreuses adhérences rendent le l'introduction du doigt ère la symphyse. Aucune rature à l'opération.	version — 7 c.	La température monte tous les jours, et arrive le 6 ^e jour à 40° P. à 160. Le 3 ^e jour irrigation continue. 4 ^e jour curetage, débris sans odeur. Toux, crachats sanguino- lents. Sibillance au sommet droit, matité, râles crépitants aux bases. 6 ^e jour grande agitation, délire, irrigation continue. Sérum anti- strept. 30 gr. deux fois par jour; hyperesthésie générale; mort à 6 heures. Autopsie. Plaie réunie par première intention. Liquide sans odeur sanguinolent dans espace rétro-symphysien; vessie, uretère, bassin- et renferment du pus. Pneumonie droite à pneumocoques; liquide purulent dans les deux plèvres.	Mort.	Etonné vite ranimé. Bi-T. 10,5. Poids 4050.
Et es ligaments sectionnés, pubis s'écartent brusquement bruit. Hémorragie très abon- du plexus rétro-pubien dé- Pincés et tamponnement modèrent. Déchirure trans- le de la partie antérieure du l, intéressant l'urètre.	Forceps — 7 c.	Deux heures après l'opération, dyspnée, agitation. Ether, sérum de Hayem, mort. On incrimine l'embolie pulmonaire. Autopsie n'a pu être faite.	Mort.	Vivant. 2740 g.
on de la symphyse difficile, recours au ciseau.	Spontané.	Très simples. Les sutures faites au crin de Florence ne furent pas toutes réunies par 1 ^{re} intention. Jamais de fièvre.	Rétablie au bout de 20 j. Revue : bien.	A sphyxié par deux cir- culaires au- tour du cou. Mort.
moment de l'introduction du cteur modifié de Farabeuf ère la symphyse, hémorragie abondante; on l'enlève. Tam- ment serré; et on continue ation. Tendance de la vessie sinuer entre les pubis lors- la femme respire fortement.	Forceps — 5 c.	Le 4 ^e jour. Soir T. 38°,4; 5 ^e jour, soir T. 38°,4; 6 ^e jour 39°; 7 ^e jour 38°,4. Rien du côté de l'utérus. Lochies normales, mais la partie inférieure de la plaie est un peu rouge et empâtée. Sérosité puru- lente en abondance. Drainage et la température baisse brusquement pour ne plus remonter.	Se lève le 20 ^e jour. Sort le 31 ^e jour.	Vivant 2240 gr. 9 cent.
res du périnée et tuméfac- ion des parties molles. Sutures. Pas d'hémorragie.		Sans complications.	S'est levée le 30 ^e jour. Partie bien portante le 60 ^e jour.	
ure des parties molles pen- nt le passage de la tête.	Forceps — 1,5 c.	Après l'opération, pouls petit, imperceptible. Puis collapsus, dyspnée : on défait le pansement; il s'écoule 100 gr. de sang. Injection d'éther, sérum. Mort 7 heures 1/2 après l'opération. Autopsie : Rien d'anormal.	Mort.	Vivant. Poids : 2700 gr.
hémorragie vite arrêtée rès la section pubienne.	Forceps.		Sort le 28 ^e jour. Bon état.	Tentatives in- fructueuses pour ranimer. Mort. L'autopsie ne révèle rien, ni hémor.-ménin- gée, ni fractu- re du crâne.

N°	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée; ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures.
----	---	------------------------------------	--------	--	--	---------------------------------	---	------------------------------

1896

40	M. Bouffe de Saint-Blaise. (Clinique Baudelocque). 12 juin 1896.	Adelaide C... 28 ans.	Vicié. P.sous-pub: 8,3.	II pare. 1) Basiotripsie sur enfant mort.	A terme.	Bruits du cœur bons.		13 h. 50
41	M. Fournier. (Maternité d'Amiens). 19 juin 1896.	22 ans.	Bassin canaliculé P.sous-pub: 8, 2.	I pare.	A terme O.L.D.T.		Ballon de Champetier. Forceps dérape une fois, puis une seconde fois n'aboutit pas, est laissé en place. On attache les manches avec une serviette.	48 h.
42	* M. Champetier de Ribes. (Tenon) 25 juin 1896.	M. 23 ans.	Asymétrique. P.sous-pub: 11 c.	II pare. 1) forceps, enfant mort au bout de 15 jours.	A terme. O.L.D.T.	Meconium dans liquide amniotique.		48 h.
43	M. Rochet. (Anvers). (Hôp Stugvenberg) 7 juillet 1896.	Jeanne D. 32 ans.	P.sous-pub: 9,5.		A terme. Tête.	Parties génitales externes déchirées, lacérées. Bruits du cœur affaiblis et rapides.	6 ou 7 applications de forceps.	25 h.
44	M. Charles. (Maternité, Liège.) 7 Juillet, 1896.	H. 32 ans.	P.pub.min.: 6, 5.	VII pare.	Prématuré. S. G. P.			
45	* M. Bar. (Clinique. Tarnier). 12 juillet 1896.	B. née M.	Générale-ment rétréci p.sous-pub: 9, 5.	II pare. 1) symphyséotomie en 1894. Enfant vivant.	A terme. O. I. G. T.	Hydramnios.	Ballon de Champetier.	13 h.

INCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives Jour de la levée et du départ de l'opérée	Enfant : Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
-----------------------	---	-------------------	---	---

ite).

	Forceps — 6 c.	Normales.	Se lève le 22 ^e jour.	Vivant Poids: 2940 gr. Bi-P : 8,2.
ischions n'étant pas main- il y a un violent écartement centimètres. Hernie vésicale. forceps dont on s'est servi fois a déchiré le col en re, à droite et à gauche. Le e-sac péritonéal postérieur et roi post. de l'utérus sont dé- s. Urèthre très élargi. Injection utérine, choc péritonéal, syn- La malade ne se réveille que eurs heures après pâle, faible a perdu 600 à 700 g. de sang) s terreux, yeux hagards, vo- ments, température 36°5.	Forceps qui avait été laissé en place. — 5 c.	Le 21, T.: 38°,8. Le 22, 39°,4, diarrhée, ballonnement du ventre, toux sèche, rauque. Le 23, soir 39°,2. Le 24, matin 38°,7, frisson léger, injection intra-utérine, sulfate de quinine. Le 26, violentes douleurs dans le bas ventre qui est très sensible au toucher. Le 27, injection de sérum. injection intra-utérine phéniquée. Le 1 ^{er} juillet, douleurs lancinantes à forme sciatique le long de la jambe gauche jusqu'au talon. Injection intra-utérine iodée qui fait sortir de l'utérus quelques petits caillots de sang corrompu, et débris cellulaires. Un peu de pus dans le cul-de-sac utéro-vésical, d'où part un trajet fistulaire rétrosymphysien. L'état s'améliore, température normale. L'utérus, perd l'extrême sensibilité qu'il avait conservée jusque-là au toucher. Seules les douleurs de la jambe gauche n'ont pas complètement disparu. Il persiste quelque temps une arthrite sacro-iliaque gauche, et de la symphyse pubienne.	Sort bien por- tante. Le 6 décem- bre 1898 est en bonne santé.	Vivant. Poids 3.200 Bosse séro- sanguine volu- mineuse. Dia- mètre Bi-p-nor- mal.
adipeux considérable rend ymphyséotomie difficile.	Forceps	Le soir de l'opération, pouls rapide, ballonnement du ventre. Vomissements continuels. Le lendemain ventre douloureux météo- risé. Purgatif, garde-robe, ventre s'affaïsse, pouls moins rapide, ma- lade soulagée. (Edème de la vulve, escarres grisâtres. Le 7 ^e jour, bonne réunion sauf à la partie inférieure où il existe une petite cavité d'où s'écoule un peu de sérosité. T. oscille entre 38° et 38°6. Le 5 août, un foyer de pleuro-pneumo- nie à la base gauche. Plusieurs phlebites pulmonaires.	Sort le 22 août. Ecartement de 4 à 5 mm. La marche est un peu dif- ficile.	Etonné. Ranimé en 10 minutes. Poids: 3150 gr.
physe partiellement ossifiée n a recours au ciseau. ues ligatures sur les veines qui saignent.	Forceps.	La plaie opératoire suppura quelque temps pour donner issue à un fil de soie.	Sort au bout des semaines. Fistulette qui se ferme. Marche par- faitement, on extraît esquil- le osseuse au bout de 5 mois.	Quelques inspirations. Mort.
rure du périnée, 2 points de suture.		Pendant deux mois certaine gêne de miction qui a disparu.	Se lève le 15 ^e jour. Deux mois après, légère dépression entre les pubis.	Vivant. Poids : 2,440.
ibreux derrière la symphyse légère hémorragie utérine.	Lévier de M. Farabeuf, puis version, et manœuvre de M. Cham- petier de Ri- bes. 5 c.	(Os non suturés). Articulation sacro-iliaque gauche excessive- ment douloureuse, suites normales.	Se lève le 20 ^e jour. Part le 29 ^e jour. Chevauche- ment des pubis sans écarte- ment.	Mort apparente. Ranimé rapidement. Poids : 3,900. Bi. P. : 9,6.

N°	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures.
----	---	------------------------------------	--------	-------------------------------------	--	---------------------------------	---	------------------------------

1896

46	M. Cadène. (Maternité de Toulouse). 16 juillet 1896.	30 a.	Rachitique. Générale- ment rétréci Sacro- sous-pubien 5,5		Ac. provoqué à 8 mois. O I D T. mobile.	Mère très fatiguée, T. : 38°. Bruits du cœur normaux.	Bougies, ballon de Tarnier. Dilatateur de Tarnier.	40 h. (environ).
47	MM. Bar et Bonnaire. (Clinique Tarnier). 17 juillet 1896.	H.	Générale- ment et irrégulièrement rétréci. P. sous- pub. : 9,2.	VI pare. 1) à 8 mois enfant mort; 2) à 8 m. 1/2 enf. mort; 3) à 7 mois, enfant vivant; 4) symphyséotomie enfant vivant; 5) fausse couche.	A terme. O I G T.		Gros ballon de M. Champetier.	
48	M. Bouffe de Saint-Blaise. (Clinique Baudelocque). 6 août 1896.	Laurence A. 35 ans.	P. sous- pub. : 9,9.	V pare. 1) à terme, spontané; enfant mort pendant travail. 2) fausse couche. 3) fausse couche. 4) à terme, épaule, for- ceps. Enfant mort pen- dant le travail.	A terme.		T. de la mère : 37,5 Pouls 110.	24 h.
49	M. Charles, Liège. (Clinique). 10 août 1896.	G.	P. pub. min. : 7.	I pare.	Terme Grossesse gémellaire. 1) Siège. 2) Tête.		Dilatation artificielle du col.	
50	MM. Bar et Tissier (nôp. St-Antoine). 12 août 1896.	S.	Rétréci P. sous- pub. : 9,2.		A terme. O I G T.		Ecarteur Tarnier.	14 h.
51	MM. Homans et Dandois. (Maternité de Louvain). 13 août 1896.	X.	Rachitique P. sous- pub. : 8,5.	III pare. 1) accouchement laborieux. Forceps. Enfant mort. 2) Basiotripsie.	A terme. O I D T.	Bruits du cœur peu intenses.		
52	M. Porak (Charité). 17 août 1896.	N° 487 30 ans.	Rétrécis Promontoire accessible.	III pare. 1) Terme, normal. Enfant vivant. 2) idem.	Terme. O I G A.	Eclampsie à la 14 ^e h. de travail. Grandes lèvres cédatées. Albumine notable. Bruits du cœur bons.		17 h. 30

IDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant : Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
	Ecartement inter-bien maximum mesuré ou estimé.			

ite).

	7,3 c.		Se lève le 22 ^e jour et marche.	Etonné; ranimé par tractions de la langue, frictions. Poids : 2,270. Bi-P : 8,4.
ide; incision latéral gauche du col.	Version — 5 c.		Part le 23 ^e jour marche très bien.	Vivant, crie. Poids : 3,150.
	Forceps — 6,5 c.	Dans l'après-midi T. : 38°6, P. : 140. Soir T. : 36°8, P. : 120. Le 6 ^e jour phlébite de la jambe droite. Sérum antistrep. 2 fois 20 g. Le 7 ^e jour sérum antistrep. matin et soir. On cesse injection de sérum le 17 ^e jour.	Sort le 46 ^e jour.	Vivant. Poids : 3,110. Bi-P : 9,6.
Déchirure du périnée. 2 points de suture.	1) Siège. 2) Version.	Il y a eu chez cette opérée de l'incontinence urinaire. Elle ne pouvait dans la station debout retenir que 500 gr. d'urine.	Se lève le 16 ^e jour. Sort le 26 ^e .	Deux enfants vivants. Poids 1) 2,600 2) 2,500
	Forceps.	Suites normales.	Part le 44 ^e jour en bon état.	Mort apparente, ranimé.
	Forceps. — 7 c.	Bonnes.	Se lève le 10 ^e jour. Sort le 12 ^e jour. Bonne marche Incontinence d'urine sans lésion vésicale par insuffisance du sphincter du col.	Mort apparente, vite ranimé.
rragie peu abondante. Pas de déchirure.	Forceps.	Attaques d'éclampsie à 1 h. 45-3,30-4,40-5,15-6,10-6,53-7,10-8,20-10,30. Injection de sérum (1000 gr.). Plus d'attaques. Lait. Deux jours sans connaissance. Décollement à la partie gauche de la plaie. Le 26, élévation de température jusqu'au 29. Le 26 : T. 36°6 et 37°8; P. : 80 et 104. Le 27, T. : 38°4 et 38°6; P. 100 et 120; les 28 et 29, T. : 37°4 et 38°2; P. : 110 et 120. Sérosité par fistule. Deux trajets : un presque vertical (74 mill.), l'autre oblique en bas et en arrière (53 millim.). Le 15 ^e jour, l'albumine disparaît. Plaie se cicatrise rapidement.		Mort apparente. Mort, malgré électrisation pendant 4 heures.

N°	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs	Époque de la grossesse. Présentation et position	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures
----	---	------------------------------------	--------	------------------------------------	---	---------------------------------	---	-----------------------------

1896

53	M. Ayers Edward. (Clinique) 7 septembre 1896.	B. B. 29 ans.	P. p. m. 10,2.	III pare. 1) Forceps, enfant mort. 2) Forceps et version, enfant mort. Embryotomie.	O I D A	Désire enfant.	Forceps.	
54	Swift (J.-B.). (Hôpital) 10 septembre 1896.	A. 26 ans.	P. pub.-min.: 7,6.	II pare. 1) Craniotomie.	A terme	Membranes rompues au toucher. Bruits du cœur : 130		48 h.
55	* M. Boissard. (Maternité) 11 septembre 1896.	V. 19 ans.	Générale- ment rétrécis P. sous-pub.: 7,7. Symphyse: 36	I pare.	O I G T		Petit ballon. La poche se rompt. Gros ballon de Boissard	12 h. 30
56	M. Cadène. (Maternité de Toulouse) 21 septembre 1896.	33 ans.	Plat, rachit- ique, arrêt de dévelop- pement de l'aile droit du sacrum. P. sous-pub.: 8 ct.	III pare. 2 enfants morts pendant l'extraction à l'aide d'un forceps.	A terme O I G A	Désire enfant	Forceps, tractions légères.	33 h.
57	M. Varnier. (Clinique Baudelocque) 25 septembre 1896.	Arman- dine S. 36 ans.	Vicié. P. sous-pub.: 9,8.	XII pare. 2 avortements. 3 spontanés, dont une gémellaire à 8 mois, (enfants vivants). Un enfant mort. 5 forceps avec 3 enf. + 1 version; enf. vivant.	A terme D T	Liquide verdâtre après rupture de la poche des eaux.		12 h.
58	M. Charles. (Clinique) 28 septembre 1896.	P. 27 ans.	P. p. m. 7,75.	I pare.	Terme D T			
59	* MM. Bar et Dubrisay. (Clinique Tarnier) 10 octobre 1896.	B. 33 ans.	Général. rétréci. P. sous-pub.: 9,5.	IV pare. 1) enfant mort né à 7 mois et 1/2, forceps. 2) 7 mois, ballon; enfant mort après 5 h. Hémorragies après les 2 couches.	8 mois et 3/4. O I D T	Membranes rompues dans le service.		10 h. 30

IDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement	SUITES DE COUCHES	Suites tardives.	Enfant :
	Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé		Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.

ite).

	6 c. 5.	Bonnes.		Sort 5 ^e semaine; se plaignait de troubles de la marche et de la vessie qui disparaissent graduellement.	Vivant Bi-P. 9,5.
matrice périnéale, due aux hémorrhagies précédentes, cède sous la pression. Difficulté considérable d'approcher les pubis. Les ligaments métalliques cassent. On a dû introduire la main dans le bassin très rétréci. Orifice vaginal se rétracte sur la tête dernière. On essaie de refouler le col. On essaie de refouler la tête dernière. Déchirure du périnée postérieure du vagin.	Forceps. 1. c 5	Elévation de température pendant les 2 jours qui suivent l'opération et également après 6 ^e jour. Abscès pubien.	Sort 31 ^e jour. Bien.	Mort apparente. Vite ranimé. 9,5	
	Version et Forceps sur tête dernière.	La malade a été agitée toute la nuit de l'opération. Soif ardente T. 37°, 8. P. 132. Le 12 ^e jour phlegmatia alba dolens double (<i>observation incomplète</i>).			Mort apparente. Ranimé. Mort le 30 ^e jour. Syphilis héréditaire.
l'obtient, malgré le disjonction de Farabeuf qu'un écartement interpubien de 4 ct (ossification artic. sacro-iliaques, ou ation(?))	Forceps. 4 c.	Le lendemain de l'opération douleurs lancinantes dans le côté gauche.	Se lève le 17 ^e jour. Part le 30 ^e jour Marche bien.	Vivant Poids 3170 gr. Bi-P. : 9.	
	Forceps 6 c. 5	Normales. Le 5 ^e jour T. : 37°8.	Sort le 23 ^e jour.	Mort apparente Poids : 3.580 Bi-P : 9,8	
ture du périnée 6 points	Forceps.	Incontinence complète d'urine. La malade a subi le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire post-partum.	Se lève le 14 ^e jour. Sort le 27 ^e jour.	Vivant. Poids: 4000 gr.	
ction du plexus veineux au de la base du clitoris une hémorrhagie abon- desse par la compression.	Spontané. 5 c.	Pubis non suturés. La femme complètement réveillée ne se trouve pas bien, respire difficilement, est agitée, pouls petit. On avait fait une délivrance artificielle. Elle perd un peu, tamponnement utéro-vaginal. Le tamponnement se trouve teinté de sang. L'utérus est mou, non rétracté. On réintroduit la main : on trouve un cotylédon. La femme reste pâle, on fait une injection de sérum, T. : 39°8. Fièvre dure 11 jours. Lochies fétides, diplocoques. Urines troubles à streptocoques; albumine transitoire. Escarre le 7 ^e jour au niveau de la fesse droite. Phlegmatia alba dolens et hydartrose (le 9 ^e jour). (Edème des organes génitaux. Escharre à la cuisse gauche (le 17 ^e jour). La malade se plaint de ses escarres. Sérosité symphysienne.	Se lève le 58 ^e jour en assez bon état.	Etonné. Vite ranimé. Poids : 2,950.	

N°	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures.
----	---	------------------------------------	--------	-------------------------------------	--	---------------------------------	---	------------------------------

1896

60	M. Frank. 10 octobre 1896.	H. 34 ans.		II pare. 1) version. Tête morcelée.		Procidence du cordon, Bruits du cœur faibles.		12 h.
61	* M. Porak. (Charité). 17 octobre 1896.	Anna. 31 ans.	P. sous-pub. : 10,6.	II pare. 1) forceps, enfant mort.	A terme. O I G T	Varices des jambes. Rupture des membranes dans le service.		24 h.
62	M. Valdagni. (Clinique Turin). 29 octob. 1896.	P. G. 24 ans.	Plat rachitique. Général. rétréci. P. sous-pub. : 8,8.	II pare.	A terme. O I D P	Rupture des membranes dans le service.		26 h.
63	M. Charles. (Maternité de Liège) 4 novembre 1896.	M... 24 ans.	P. pub-min. : 6,5.	II pare.	A terme.			
64	* M. Bar. (Clinique). 5 novembre 1896.	Ch.	P. sous-pub. : 9,9.		A terme. O I D T		Forceps en ville.	12
65	M. Rochet. (Hopit. Stuyvenberg. Anvers). 12 novembre 1896.	R... 28 ans.	Générale - ment rétrécis. P. sous-pub. : 9.	I pare.	A terme. O I D	Procidence de la main droite. Bruits du cœur bons.		37 h.
66	MM. Pinard. et Bouffe. (clinique). 15 novembre 1896.	Pauline D. 37 ans.	Bassin vicié. P. sous-pub. : 9,7.	IV pare. 1) à terme, forceps et chloroforme, enfant vivant. 2) à terme, forceps et chloroforme, enfant mort. 3) avortement de 6 à 7 semaines.	A terme. O I D T	Rupture précoce des membranes dans le service. T. 39°. Liquide vert. Pouls entre 120 et 130.		70 h. 30
67	M. Pinard. (Clinique). 13 novembre 1896.	Marie P. 34 ans.	Vicié. P. sous-pub. : 10,6.	VIII pare. 4 forceps. 1 siège. 2 provoqués à 8 mois avec 1 enfant vivant (le seul).	A terme. O I D T			

IDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
--------------------	---	-------------------	---	--

e).

	Version.	Bonnes.	Se lève le 14 ^e jour. Sort le 29 ^e jour. Bien portante.	(?)
	Forceps.	Jour de l'opération T. matin 38°2 Soir 37°5. Pouls matin 148 S. 104. 1 ^{er} jour — 37°2 — 38° — 104 S. 120. 2 ^e jour — 37°2 — 39° — 96 S. 140. 3 ^e jour — 37°8 — 37°6. — 100 S. 100. 4 ^e jour — 38°2 — 38°6. — 96 S. 108. 5 ^e jour — 37°4 — 37°2. — 90 S. 96. 6 ^e jour — 37°2 — 37°2. — 84 S. 84. Bonnes ensuite.		Etonné. Ranimé par insufflations, et bains chauds et froids. Poids : 2,650 g. Bi-P. : 9,2.
	Forceps.	Suites légèrement fébriles, troubles intestinaux. Réunion de la plaie par seconde intention. Le 21 ^e jour en se levant la malade se plaint de douleurs dans les membres inférieurs. Massage : Les douleurs diminuent progressivement.	Se lève le 22 jour. Sort le 35 ^e jour.	Vivant. Poids : 2,700 g. Bi-P. : 8,7.
llu inciser le col dont l'o- ait trop étroit pour laisser la tête fœtale.	Version.	A uriné spontanément 36 heures après son accouchement.	Se lève le 12 ^e jour. Sort le 17 ^e jour.	Vivant. Poids : 2,200.
ture assez étendue de la sure postérieure de la et de la paroi latérale du	Forceps.	Hématome symphysien, suintement abondant, fistulette. Température maxima 38°.	Part le 37 ^e jour.	Mort appa- rente, ranimé. Poids : 3,050 gr.
agie en nappe après sec- u pubis, tamponnement. re assez étendue du vagin. t faire des tractions éner- giques (forceps).	Forceps — 5 c.	Convalescence retardée par une cystite avec parésie vésicale qui se guérit assez lentement. Retard dans la consolidation des symphyses. Paramétrite à droite (guérie). T. maxima : 38°5.	Sort le 60 ^e jour. Bonne marche	? Poids : 3,600.
procidence du bras. ide et placenta fétides. n intra-utérine, et tampon- nt à la gaze iodoformée.	Forceps en transversale — 5 c.	Température le lendemain matin 16 : 38°; pouls: 108, le soir 39° pouls 120. Injection de sérum, irrigation continue. Le 17 matin, température 39°, pouls 116, soir 39°, pouls 124. Continuation de l'irrigation continue. Sulfate de quinine et sérum de Marmorek. Le 18 matin, 38°, pouls 120, soir 38°, pouls 160. Parotidite infectieuse du côté droit que l'on incise. Gêne de la respiration, point de côté gauche. On fait un curetage à 11 heures du soir. Le 19 : matin 40°; mort à 9 h. 20. Autopsie. Septicémie à streptocoques. Plaie symphysienne bien réunie. Le poumon droit présente de très nombreuses adhérences anciennes et quelques granulations d'aspect tuberculeux au sommet. Fausse membrane blanchâtre en un point du lobe inférieur du poumon gauche. Streptocoques à l'état de pureté dans la rate.	Mort.	Mort appa- rente. Convulsions. Mort de pneu- monie 4 jours après. Phlyc- tènes sur tho- rax (strepto- coques). Poids : 3,650.
	Spontané. — 3 c. 5.	Suites pathologiques. Abscess de la grande lèvre gauche.	Sort le 30 ^e jour.	Mort apparente. Vite ranimé. Poids : 3,210.

N°	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures.
68	M. Wallilch. (Cl. Baudelocque). 20 novembre 1896.	Suzanne M. 18 ans.	Bassin vicié. P.sous-pub.: 10,8.	I pare.	A terme. O I D T		Ballon de Champetier (2 fois).	18 h.
69	M. Davis. (Maternité de Philadelphie). 27 novembre 1896.	S. R. Danseuse. 15 ans.	P.pub.-min.: 8 ct.	I pare.	9 ^e mois. G T	Bruits du cœur bons.	Acc. provoqué.	
70	* M. Boissard. (Maternité) 1 ^{er} décembre 1896.	B. 28 ans.	P.sous-pu : 11 ct.	III pare 1 ^{er} et 2 ^e spontanés; enfants volumineux.	A terme. O I G T	Bruits du cœur normaux. Contractions violentes et fréquentes. Agitation.	3 applications de forceps.	14 h.
71	M. Queirel. (Maternité de Marseille). 22 décembre 1896.	Emilie C. 28 ans.	Rachitique. P. p. m. : 5,5	I pare.	A terme.	Accélération des bruits du cœur.		
72	* MM. Bar et et Tissier. (St-Antoine). 28 décembre 1896.	L.	Générale- ment rétréci P.sous-pub.: 10.		A terme. O I G A		Forceps.	26 h.
73	MM. Arndt et Runge. (Cl. à Gettingen). 30 décembre 1896.	K. 38 ans.	Le cartilage synphysien saillant dans le bassin le diminue d'environ 1 centimètre. P.pub.-min.: 8 ct.	VI pare. 1) perforation 2) et 3) version. Enf. Mort. 4) prématuré. Version. Enf. Mort. 5) avortement.	A terme. Tête en transverse.	Les bruits du cœur commencent à faiblir (80); un peu de méco- nium. La dilatation du col est de deux francs.	Essai de version.	11 h.

ACCIDENTS OPERATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant. Etat denaissance. Son poids. Le Bi-P.
-----------------------	---	-------------------	---	---

uite).

Branche gauche du forceps difficile à appliquer. Résistance du col. Traction pendant 13 minutes. Déchirure vulvo-vésico-vaginale. Rupture de la vessie. Urètre inopérable. Plafond du vagin effondré. Procédence du cordon.	Forceps. 4,5. —	Suites de couches normales. Mais toute l'urine s'écoule par le vagin d'une façon continue. Incontinence complète d'urine due à une perforation du col vésical admettant aisément le doigt. La vessie est réduite à son bas-fond, sa paroi postérieure, une partie du sommet, et les parois latérales ; il n'existe plus de paroi antérieure, ni d'urètre, si ce n'est un vestige probable à gauche, sous forme de cordon fibreux du volume du petit doigt.	A été gardée comme nourrice, et a été soumise à une série d'opérations de réparation, est encore en traitement. (sept. 97).	Mort apparente. Ranimé. Poids : 3.250. Bi-P : 9,3.
On dut scier la symphyse. (Suintement considérable).	Forceps.	Ecoulement séreux au-dessus du pubis durant quelques temps. S'arrête sans intervention. Pas de fièvre.	Danse sitôt levée.	Vivant. Bi-P : 9 ct.
	Forceps.	Albuminurie qui disparaît le 2 ^e jour. T. maxima le 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e jour : 39°,5 ; P. 120. Bronchite. Râles nombreux ; disparaît le 13 ^e jour (température tombe). Le 5 ^e jour inject. intra-utérine. Le 9 ^e lochies purulentes. Miction un peu douloureuse le 17 ^e jour.	Sort le 28 ^e jour.	Mort apparente. Ranimé. Poids : 3.500 g. Bi-P : 9,5.
	Forceps.	Bonnes. Un seul soir T : 38°,3. Température maxima 39°,2. La plaie symphysienne suppure. Suture secondaire des pubis au fil d'argent.	Se lève le 20 ^e jour. Sort le 28 ^e jour. ?	Quelques inspirations. Mort au bout de 2 minutes. Poids : 2.830. Bi-P : 8,5. Mort apparente. Poids : 2,850 g. Bi-P : 9.
Hémorragie considérable venant des tissus rétro-symphysiens vers le bas et cessant après tamponnement. A la fin hémorragie légère de la plaie vaginale.	Version. Extraction facile de l'enfant.	Le poulx est mauvais, petit, filiforme, et lent (70 à 80 pulsations par minute). Après une injection d'éther, le poulx remonte passagèrement, puis bientôt ne se sent plus. On examine la femme, et on trouve une déchirure considérable de la paroi antérieure du vagin, qui est en haut sans limites. Diagnostic de déchirure de l'utérus avec hémorragie interne. Laparotomie. On trouve tout intact, sauf un petit hématome dans le ligament large droit. On ferme, et le poulx continue à être très petit. Le lendemain matin on sonde la malade. Urine un peu foncée, mais non sanguinolente. Le soir T : 37°,2 hémorragie externe. Respiration difficile. Le lendemain, 42 heures après l'opération, mort. A l'autopsie. Hémorragie dans le parametrium droit. Dans tout le tissu cellulaire rétro-périnéal du côté droit, de la paroi abdominale (latéralement) jusqu'au rein droit, on trouve du sang fluide et du sang caillé. Dans le coin supérieur du vagin, au niveau du passage au col, on trouve une rupture dans laquelle on peut passer toute la main. Dans le cul-de-sac gauche également déchirure de 3 cent.	Mort.	Mort apparente. Ranimé après 3/4 d'heure. Bi-P : 10.

N ^{os}	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures.
74	M. Bouffe de Saint-Blaise. (Clinique Baudelocque). 13 janvier 1897.	Maria G.	Bassin rachitique. P. sous-pub. : 9,3.	I pare.	A terme. O I G T	Etat général de la mère mauvais ; œdème généralisé ; beaucoup d'albumine, rien au cœur. Rupture des membranes dans le service. Le fœtus souffre un peu. Bruits du cœur bons : 120 Liquide vert.	Ballon de Champetier.	On ne sait depuis quand elle est en travail.
75	M. Guillemet. (Nantes). 13 janvier 1897.		P. pub. min. : 7 c.	II pare. 1) Symphyséotomie, enfant mort.	A terme.	A son entrée, le 4 janvier, voix couverte, douleur laryngée, grippe. T. 38°.	Ballon de Champetier.	19 h.
76	M. Lepage. (Beaujon). 8 février 1897.	T. R. 27 ans.	Bassin rachitique. P. sous-pub. : 9,3.	I pare.	A terme. O I G T	Depuis le début de la grossesse la malade a toujours toussé, mais elle est très grippée depuis quelques jours.	Forceps en ville.	17 h. 1/2 après la rupture des membranes.
77	M. Fieux. (Bordeaux). 12 février 1897.	Jeanne N. 26 ans.	P. sous-pub. : 10 c.		A terme. O I D T		Ballon de Champetier dans le vagin ; le col était complètement dilaté. Forceps.	11 h. 30.
78	* M. Doléris. (Pitié). Le 17 février 1897.	C. B. 29 ans.	P. sous-pub. : 9. 5.	VII pare. Les 5 premiers : forceps au détroit supérieur. Le 6° basiotripsie. Enfants : le 1°, 2°, 3° vivants ; le 2° et le 5° morts au bout de 5 semaines.	A terme. O I G T	Rupture des membranes à l'hôpital.		17 h.

ACCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
-----------------------	---	-------------------	---	--

l'incision des téguments hé- ragie assez abondante. rtie de la tête difficile à cause ol qui bride. morragie de la délivrance. uls filiforme, incomptable. mponnement vaginal. xiste une large communica- de 4 centimètres entre le vat la plaie pubienne. ne peut arriver à sentir le quë 6 h. après l'opération.	Tentative de forceps, puis version. 6 c.	Le lendemain 14 matin T. 38°2. Soir 38°6, pouls 144. Un peu d'u- rine, dyspnée. Sérum de Marmorek (10 gr.). Le 15, T. 39,4, pouls 140. Irrigation continue depuis la veille au soir. Sérum de Marmorek (20 gr.). Le 16, T. 38, Curettage le soir, sérum salé, sérum de Marmorek (20 gr.). Edème considérable des grandes lèvres. Le 17, T. 36,8 le matin et 38,4 le soir, pouls 130. Sérum de Mar- morek (10 gr.). Sérum salé 500 gr. Le 18, T. 38,9 le matin, et 40,2 le soir; pouls 150. Sérum de Mar- morek (20 gr.). Sérum salé 500 gr. Grand frisson. Du 19 au 26, T. oscille entre 38° et 40°; le pouls entre 130 et 150. Il s'écoule par la vulve un liquide fétide; mauvais état général. La malade s'affaiblit. Pouls monte à 161 et la température à 41,5. Il se produit un grand frisson, et mort. A l'autopsie, loge inter et rétro-pubienne dont les parois sont sphé- célées, et contenant un liquide infect, bien quela plaie symphysienne paraisse réunie par 1^{re} intention (streptocoque et staphylocoque, coli). L'utérus est revenu sur lui-même, mais à la coupe les vaisseaux sont gorgés de pus (coli, streptocoque). Reins : décortication facile, quelques pyramides paraissent malades. Dans les heures qui suivent, douleur larygée augmente; T. s'élève, menaces de suffocation avec cornage; et mort foudroyante 54 heures après par asphyxie. Autopsie. Plaie parfaite, organes génitaux sains. Epiglotte et replis aryteno-épiglottiques sont le siège d'un œdème tel que la glotte est absolument obstruée; ulcérations (cavités d'abcès strep- tocoquiques sur le larynx).	Mort. Naît étonné. Vite ranimé. Poids : 3,500
moment de la section de la yse, l'hémorragie est de té moyenne. ons vulvaires surtout mar- à gauche.	Levier de Farabeuf. — 6 c.	Température après l'opération 38°2. Sérum de Marmorek (20 gr.). Le lendemain 9, elle tousse beaucoup avec douleurs de ventre T. matin, 38°7; soir 37°5. Le 10, sérum de Marmorek (10 g.), minuit T. 39°1. La malade urine involontairement chaque fois qu'elle tousse. La température oscille entre 37°5 et 40° que la malade atteint le 14. Curettage. On ramène quelques débris sans odeur. La température reste élevée. La malade perd toujours ses urines. Le 21, crevasses du sein, céphalée frontale intense, vive douleur dans le genou gauche. Le 22, soir 41°. Douleurs dans le genou continuent à être très fortes. Puis la température baisse, les douleurs diminuent. La toux cesse. La malade n'urine plus sous elle (le 20^e jour).	Mort. Vivant. Poids : 3,200 Bi-P. : 9,2.
ol utérin oppose une résis- qui est vaincue par une n continue de 10 minutes.	Forceps — 5 c.	Normales.	Se lève le 26^e jour. Quitte le 32^e jour. Marche bien. Naît étonné, avec occipital enfoncé sous les pariétaux, qui chevau- chent. Vite ranimé. Poids le 9^e jour 2,515. Bi-P. 7,8.
l'extraction de l'enfant, lé- hémorragie qn'un petit tamponnement arrête.	Forceps dans le bassin.	Très bonnes.	Se lève 17^e jour. Le 18^e marche bien. Mort appa- rente. Vite ranimé. Poids : 2,830 Bi-P. : 9 c. Se lève le 10^e jour. Marche (appa- reil silicaté). Bi-P. 8,6. Poids : 2700

1897 (su

N°	Date de la symphysiotomie. Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphysiotomie.	Durée du travail. Heures.
79	M. Queirel. Maternité. (Marseille) 22 février 1897.	Charlotte D. 17 ans.	Rachitique. P. pub.-min: 8.		A terme. O I G P	Depuis 25 jours dans le service. Bacillaire, sommet gauche (1 ^{re} degré).		7 h.
80	* M. Gaulard, (Lille). 26 février 1897.	X... 20 ans.	Normal.	I pare.		Constitution bonne. Tête de fœtus volumineuse.	Forceps. Tractions légères.	9 h.
81	M. Thévelin (de Reninghelst, En ville) 28 février 1897.	X... 20 ans.	Rachitique. P. pub.-min: 7.	I pare.	A terme. O I G T	Poche des eaux rompue depuis 24 heures.		4 jours.
82	M. Buist. (Dundée. En ville). 28 février 1897.	F... 25 ans.	P. sous-pub: 9.	III pare. 1) enfant mort pendant le travail. 2) Accouchement provoqué à 7 mois 1/2. Enfant mort après 16 heures.	31 semaines O I P			12 h.
83	M. Pinard. (Clinique Baude- louque). 8 mars 1897.	Augustine F... 32 ans.	Pas de traces de déformations rachitiques. P. sous-pub: 10 ct.	III pare. 1) 1885, Acc. spontané à terme, enfant vivant bien portant. 2) 1893. Enfant mort pendant le travail.	A terme. O I G T	Etat général parfait, un léger nuage d'albumine; ni œdème, ni varices.		13 h.
84	* M. Boissard. (Maternité). 9 mars 1897.	N° 545 25 ans.	Pseudo-ostéomalacique. P. sous-pub: 8,3.	II pare. 1) prématuré, provoqué. Symphyséotomie. Enfant mort 12 jours après.	8 mois et 1/2 S I D T	Rupture prématurée, et spontanée des membranes.		10 h.
85	* M. Bar. (Hôpital) Le 11 mars 1897.	F. 37 ans.	Générale-ment rétrécie. p. sous-pub: 10,4	III pare 2) A terme; mort-nés.	A terme. S I G T			4 h.
86	M. Lepage. (Beaujon). 16 mars 1897.	D. 29 ans	P. sous-pub: 10 cent.	II pare 1) Enfant mort pendant le travail	A terme. O I D T			54 h.

ACCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.

e)

	Forceps	Malade très affaiblie T° 38°2. Elle tousse beaucoup (râles humides dans toute la hauteur de la poitrine, 3° jour 38°8, 39°2. Matin et soir 500 gr. de sérum de Hayem. Injection intra-utérine : liquide un peu sanguinolent mais sans odeur; 6° jour, mort. Autopsie. Poumons farcis de granulations miliaires, sans perte de substance. Rien du côté pelvien comme infection.	Mort.	Vivant. Poids : 3,920.
	Forceps. — 4 c.	Escarres vaginales et sacrées qui donnent pendant quelques jours une température ne dépassant pas 38°5. Urèthre intact, et cependant debout la malade a de la peine à garder ses urines. Pas de fistules. Amélioration.	?	Mort apparente. Ranimé au bout de 30 minutes de respiration artificielle; mort au bout d'un mois. Poids : 3150 Bi-P : 10.
e vagin très étroit s'est déchiré vulve, et a éclaté vers le haut. de articulaire communique lar- ment avec plaie vaginale. Tam- nement à la gaze iodoformée.	Forceps. — 6 c.	Bonnes couches. Bonne cicatrisation.	Marche bien un tout petit peu de raideur dans les jam- bes.	Petit, chétif. Mort apparen- te. Bientôt rani- mé.
	Forceps.	Température normale. Vomissements. Tympanisme. Pouls 100. Phlegmatia alba de la jambe droite.	Se lève le 58° jour. Marche en boi- tant un peu.	Enfant mort le 13° jour de bronchite.
amponnement très serré du in (2 paquets et 1/2 de gaze formée).	Version. — 6.	Pendant deux jours légère élévation thermique le soir (38°) ainsi qu'une petite accélération du pouls. Le 6° jour œdème considérable de la vulve. Suites normales. Réunion parfaite. Intégrité absolue des fonctions vésicales et intestinales.	Sort le 18° jour; très bien.	Naît étonné, vite ranimé. Poids : 4,070 Bi-P : 10,1.
	Siège.	Le jour de l'opération, T. 36°8. Pouls 80. Le lendemain, T. 37°3. P. 100. 2° jour, T. 36°8. P. 110. 3° jour, T. 38°. P. 105. 4° jour, T. 38° (puis normale). P. 100 qui se maintient pendant quelques jours au-dessus de 90.	Sort le 28° jour.	Vivant, vite rani- mé. Bi-P : 8,5
	Siège.	Normales. Le 19 T. M : 37,5, S : 38°. Le 20 la malade souffre des seins. La plaie opératoire est en bon état. Mais il existe un œdème considérable de la grande lèvre droite, et la T : 38°. Injection intra-utérine au sublimé le soir. Pas d'odeur, pas de débris membraneux. Le 23, T. 38°, céphalalgie frontale. (Œdème de la grande lèvre gauche. La température oscille entre 37°8 et 38°6 jusqu'au 27. Léger frisson. Douleur assez vive au niveau de la jambe gauche sans œdème, ni localisation nerveuse. Le 28 sans traitement la douleur de la jambe a disparu. La température devient, et se continue normale.	Se lève le 25° jour. Sort le 35° jour difficultés.	Mort appa- rente, ranimé. Poids : 2,980. L'enfant n'a crié que 5 minutes après la naissance, mais sans manœuvres Poids : 3,620. Bi-P : 9,7 Chevauche- ment des os du crâne.

N ^{os}	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures.
87	M. Gaulard. (Lille). 17 mars 1897.	X. 26 ans.		VIII pare 1) A terme, céphalotripsie. 2) 8 mois, céphalotripsie. 3) 7 mois, 1/2 céphalotripsie. 4) 7 mois, céphalotripsie. 5) 7 mois, céphalotripsie. 6) 7 mois, forceps, enfant mort le lendemain. 7) A terme, symphyséotomie, enfant a vécu 1 mois.	Tête. 8 mois 1/2		Sonde de Krause. Ballon de Champetier. Forceps. Version (Manœuvre de Champetier de Ribes).	
88	M. Gaulard. (Lille). 6 avril 1897.	X. 36 ans.	Rachitique P. sous-pub. : 8,5.	VII pare 4 avortements à 6 mois. 2 à terme : 1 naturel, 1 basiotripsie.	A terme. O I G P	Poche des eaux rompue.	Forceps	27 h.
89	M. Lenoble. Pitié. 11 avril 1897.	R.	Rachitique. P. sous-pub. : 10,25	IV pare 1) Basiotripsie. 2) Forceps, enfant vivant. 3) Spontané.	A terme. O I G A		3 applications de forceps qui dérape 2 fois.	7 h.
90	* M. Maygrier. (Lariboisière) 16 avril 1897.	P. 35 ans.	Générale- ment rétréci. P. pub. min.: 8 c.		8 mois 1/2 OIDT	Rupture spontanée des membranes. Liquide am- niotique teinté de méco- nium.	Acc. provoqué. Ballon de Tarnier (2 fois). Sonde de Krause. Ballon de Champetier. Ecarteur de Tarnier. Forceps.	42 h.

DENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives Jour de la levée et du départ de l'opérée	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
-------------------	---	-------------------	---	--

e).

nde de Krause a produit un ment léger du placenta. Hé- ie. Tamponnement va- s l'opération hémorragie par le plexus de Santorini; ement arrêtée par la com- n.		Aucune lésion des voies urinaires. T. maxima 37°,6.	Sort le 29 ^e jour guérie.	Mort appa- rente. Ranimé. Mort 3 jours après. Poids: 2.300gr.
rrragie abondante du ple- Santorini très variqueux.	Forceps	Normales. Ni fièvre. Ni incontinence d'urine.	Sort le 34 ^e jour.	Mort apparente. Vite ranimé. Poids: 3.900gr. Bi-P. : 10
cherche la symphyse pen- x minutes.	Forceps — 8 ct	Après l'opération, pouls petit, filiforme : 120. Nausées, hoquets, vo- missements, faciès grippé. T. S. 37°. Sonde de Pezzer. Le 15 avril, cons- tipation, langue sèche, blanche, pouls petit rapide, vomissements. Le 16, diagnostic : Péritonisme consécutif à l'opération. Le 17, état meilleur, évacuations alvines. Le 18 T. M. 38°,5. Pouls 100. T. S. 39°,5. P. 110. Le 19, T. M. 37°,2 S. 39°,2. Le 20, T. M. 37°,2. P. 100. Phlegmatia de la jambe droite. (Edème vaginal côté droit. Injection intra-utérine. Le 21, T. M. 37°,2. P. 100. T. S. 39°. (Edème vulvaire. Le 22, escarre vulvaire du côté œdématié allant vers la partie infé- rieure de la plaie opératoire. Le 24, la plaie est largement ouverte et suppure. Ecartement des symphysses. Le 29, T. 40°,3, et 39°,3. Injec- tion de sérum. Le 4 mai 38°,9.	Sort en bonne santé.	Mort apparente. Vite ranimé. Poids : 3.940.
irure de la paroi antérieure n. La paroi vaginale posté- et le périnée sont profon- t intéressés. Sphincter anal ainsi que vessie et urètre, orrhaphie. Déchirure du l'utérus. Le doigt introduit la plaie apparaît derrière le au fond de l'incision opéra-	Forceps — 5 c. 5	La malade très faible présente de la fièvre. Douleurs lombaires, étouffements, dyspnée, agitation, battements cardiaques sourds. Escarres superficielles sur parois vaginales, se détachent (6 ^e jour). Escarre sacrée douloureuse et profonde (paume de la main). Sa- crum devient à nu au fond de la plaie 27 ^e jour. Douleurs dans les membres inférieurs. Incontinence de matières fécales (27 ^e jour). Escarres trochantériennes (3) qui guérissent bien (25 ^e jour). Frisson. Absès de la région trochantérienne droite (64 ^e jour). L'escarre sacrée se comble peu à peu. Au mois d'août une escarre à chaque extrémité des talons (pi- qûre de caféine). Douleurs terribles au moindre mouvement. La malade a toujours son escarre sacrée qui suppure, et celle des talons. Toujours incontinence de matières fécales. A partir du 22 septembre la malade s'affaiblit progressivement. Atrophie musculaire. Marbrures sur le corps. Inappétence. En novembre, les orteils du pied sont complètement recourbés en griffe. L'atrophie musculaire devient complète. Mort le 2 décembre 1897, 6 mois après l'opération, avec conservation complète de l'intelligence. Opposition à l'autopsie.	Mort.	Etat synco- pal; facilement ranimé. Poids: 3.340 gr. Bi-P: 9,5. Mort le 9 ^e jour de broncho-pneu- monie.

N°	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures
----	--	------------------------------------	--------	------------------------------------	--	---------------------------------	---	-----------------------------

1897 (suiv.)

91	M. Charles. (Clinique, Liège) 23 avril 1897.	B. 27 ans.	P. pub. min. 6 1/4.	V. pare Aucun enfant vivant. Syphilitique.	8 mois. OIGT			
92	M. Varnier. (Clinique Baudelocque) 28 juin 1897.	J. D. 25 ans.	Oblique ovalaire de Naegele. P. sous-pub. 10,8.	II pare. 1) Acc. prématuré 8 mois. Enfant mort à 5 mois.	A terme. OIGT	Liquide vert. Bruit du cœur bons.		6 h.
93	M. Maygrier. (Lariboisière) 1 ^{er} juillet 1897.	E. S. 37 ans.	Asymétrique. Toute la partie droite accessible. P. p. m. 7,5.	VI pare. 1) Basiotripsie. 2) Basiotripsie. 3) Basiotripsie. 4) Symphyséotomie. Enfant vivant. 5) Version, décollation du tronc.	A terme OIGA	Santé florissante. Membranes rompues 2 heures avant son entrée. Bruit du cœur bons.		7 h.
94	M. Gaulard. (Lille). 14 juillet 1897.	X. 20 ans.	Rachitique. P. sous-pub. 9,5.	I pare.	Tête en transverse.		Accouchement provoqué. Sonde de Krause. Ballon de Champetier. Forceps.	14 h
95	M. Fieux (clinique d'acc.de Bordeaux). 14 juillet 1897.	Cécile D. 33 ans.	Squelette normal. P. sous-Pub. 12	IV pare. 1) à terme, forceps, enf. vivant. 2) à terme, spontané, enf. vivant. 3) à terme, siège. Extract. facile.	A terme. OIDT	Bruit du cœur un peu sourds, (132.)	On rompt les membranes. Forceps.	13 h.
96	M. Lepage (Beaujon). 17 août 1897.	L. 40 ans.	Promontoire accessible.	I pare.	A terme. OIGT tête engagée	Bruit du cœur commencent à se ralentir.	Deux applications de forceps. Procidence d'une main accolée au pariétal post. Réduction.	24 h.

INCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé	SUITES DE COUCHES	Suites tardives Jour de la levée et du départ de l'opérée	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
-----------------------	--	-------------------	---	--

dernier temps de l'extrac- échirure à gauche de l'urè- (et.) faisant communiquer et plaie; sutures.	Forceps.	Bonnes.	Sort le 20 ^e jour.	Vivant. Poids : 2.800.
artement inter-pubien res- suffisant grâce à un plan x épais rétro-symphysien, ise ce plan. lications de forceps. Trac- nergiques. vrance s'accompagne d'une émorragie (injections chau- Plaie communicante. niveau du vestibule et de côté, large déchirure trans- e s'étendant jusqu'aux peti- res. Urèthre introuvable.	Version. — 4 ct.	Normales. Température maxima le 3 ^e jour (37°4).	Se lève le 20 ^e jour. Sort le 69 ^e .	Apnée. Vite ranimé. Poids : 3.380. Bi-P. : 9 ct. 6.
rragie en nappe insigni- fiante.	Forceps. (gisse).	La nuit qui suit opération, agitation intense, syncopes (2). 400 gr. de sérum; éther, lait, champagne. 2 ^e jour tympanisme abdominale. Urine sous elle. Incontinence qui dure jusqu'au jour où elle sort contre l'avis du médecin (11 ^e jour). Jamais de température. Etat général bon. Léger suintement au niveau d'un fil.	Se lève le 11 ^e jour. Marche sans gêne. Sort le 11 ^e jour Incontinence d'urine.	Etonné. Vite ranimé. Poids : 3.770. Bi-P. : 9,6
	Forceps.	Bonnes. 4 ^e jour. T. : 38°9; P. : bon. 5 ^e jour T. M. : 38°6, S. : 39°2. Etat général satisfaisant. 7 ^e jour T. : 37°2.		Vivant. Poids : 3410 gr. Bi-P. : 9 ct.
	Forceps — 5 c, 5.	Suites bonnes. A noter une élévation de température le 3 ^e et le 4 ^e jour, puis les 8 ^e et 9 ^e , coïncidant chaque fois avec une poussée d'en- térisme, et diarrhée noire fétide.	Se lève le 15 ^e jour. Quitte le 23 ^e jour. Pas d'écarte- ment.	Vivant. Tête anor- malement dure et ossi- fiée. Poids : 3.730. Bi-P : 10,5.
	Levier de Farabeuf. — 5 c.	Le soir de l'opération, T. 38°, 4. Injections vaginales. Tympanisme : Benzo-naphtol. Le 18, lochies abondantes sans odeur. Bonne température. Le 19, oedème de la vulve. Plaie en bon état. Congestion des seins. Céphalalgie. Le 21, douleur très vive au niveau de l'épaule gauche. Le 22, l'oedème de la vulve persiste. La température est normale. La plaie est en bon état.	Se lève le 14 ^e jour. Sort le 30 ^e .	Naît étonné. Ranimé par frictions et bains sinapi- sés. Chevauche- ment considé- rable des os du crâne. Un peu de sang s'écoule par les narines Poids : 4.050. Bi-P. : 9. Mort le sur- lendemain. Trace de fracture paral- lèle au rocher.

1897

N ^{os}	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures.
97	M. Baudron (Clinique. Baudelocque). 6 août 1897.	Louise K. 29 ans.	Canaliculé. P.sous-pub: 10,7.	I pare.	A terme. O I D T	Un peu d'œdème sous-pubien. Pas d'albumine.	Rupture de membranes.	23 h.
98	MM. Varnier et Funck Brentano (Hôtel-Dieu). 3 septembre 1897.	Eugénie J. 35 ans.	Rachitique. P.sous-pub: 10.	III pare.. 1) enfant mort pendant extraction. 2) siège, enfant mort pendant extraction.	A terme. O I G A			19 h.
99	* M. Bar. (Maternité ; St-Antoine). 8 septembre 1897.	Ch.	Bassin rétréci.	III pare. 1) à terme, spontané, enfant vivant. 2) à terme, spontané, enfant vivant.	A terme. O I D P		Forceps.	21 h. 30
100	M. Bouffe de Saint-Blaise. (Clinique Baudelocque). 15 septembre 1897.	Marie H. 34 ans.	P.sous-pub: 10,4.	IV pare 1) Sommet, à terme. spontané. Enfant vivant. 2) Forceps. A terme. Enfant vivant. 3) Forceps. A terme. Enfant mort.	A terme. O I G T	Varices très développées aux membres. Liquide amniotique teinté. Bords de l'orifice œdématisés. Accélération des pulsations.		26 h.
101	* M. Bar. (Hôpital Saint-Antoine). 29 septembre 1897.	D.	Bassin générale-ment rétréci p.sous-pub: 9. 2.	IV pare Pour les 3 antérieurs voir obs. 3.	A terme. O I G T.		Ballon de Champetier.	
102	M. Lepage. (Beaujon). 4 octobre 1897.	M. 28 ans.	Normal.	II pare. 1) A terme, forceps. Travail 30 h. Gros enfant mort pendant le travail.	A terme. O I D T.	Œdème sus-pubien. Gros enfant.		9 h.
103	* M. Gaulard. (Lille) 3 octobre 1897.	X. 22 ans 1/2.	Coxalgie gauche.	I pare.	Tête engagée.	Enfant souffre.	Forceps.	

ACCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Écartement interpuvien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
-----------------------	---	-------------------	--	--

uite)

Après la délivrance, écoulement quin notable. Utérus ne se contracte pas. Inject. intra-utérine. Déchirure incomplète du périnée. Sutures.	Version impossible; forceps. Tête pas descendue facilement	Normales. Seulement T. 38°,2 pendant quelques jours.	Sort le 31 ^e jour.	Étonné. Vite ranimé. Poids: 3,480 gr. Bi-P. : 9 c. 7.
erte de sang assez considérable après ligature du cordon. Déchirure artificielle. Hémorragie abondante. Tamponnement.	Version.	Femme très pâle, poulx petit. Injection de sérum (500 gr.). Le soir du 4 ^e jour, T. 38°,5; P. 120. Le soir du 5 ^e jour, T. 38°,5; P. 120. Le soir du 6 ^e jour, T. 38°; P. 110, puis le poulx et la température s'abaissent graduellement pour arriver. T. à 37° et P. à 80 le soir du 12 ^e jour.	Sort le 30 ^e jour.	Vivant. Bi-P. : 9.
redoutable hémorragie des vaisseaux, paravulvaires variqueux. Tamponnement.	Forceps.	Température maxima 38°. Vomissements porracés. Thrombus au niveau de la grande lèvre gauche. Un peu de pus s'écoule au niveau de la plaie symphysienne.	Sort le 28 ^e jour en bon état.	Mort apparente. Vite ranimé par insufflation. Poids: 3,300 gr. Bi-P. : 9.
	Forceps. — 6 c.	Normales jusqu'au 7 ^e jour. — 38°6 pendant quelques jours (oubli de la moitié du tamponnement dans le vagin).	Sort le 58 ^e jour.	Étonné; crie dix minutes après. Bi-P. : 9, 1 c.
Après la délivrance artificielle, hémorragie utérine, un tamponnement utérin.	Version.	Incontinence d'urine. Déhanchement.	Part le 28 ^e jour en très bon état.	Mort apparente. Frictions à l'alcool. Poids: 3,670 gr. Bi-P. : 9.
sang fluide s'écoule en grande quantité sous l'influence du décollement placentaire.	Levier de Farabeuf. — 5 c. 5.	Le 5 ^e jour, au soir T. 38°2. Seins douloureux. Le 7 ^e jour, 37°5, un peu d'œdème de la vulve. Lochies abondantes et sanguinolentes. 8 ^e jour, crevasse du sein T. 39°2. La rougeur du sein a cependant beaucoup diminué.	Se lève le 25 ^e jour. Sort le 35 ^e jour.	Étonné. Ranimé en 10 minutes. Poids: 5,200 gr. Bi-P. : 99.
des régions pubienne et fémorale, qui ont cédé en partie.	Forceps. 3 c. —	Bon état jusqu'au 5 octobre où apparaissent de l'œdème des grandes lèvres, et des escarres. T. 38°. Depuis ce jour agitation extrême, puis tout s'amende, et guérison.	Sort le 33 ^e jour, guérie.	Mort apparente. Ranimé assez difficilement.

N°	Date de la symphyséotomie, Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures
----	---	------------------------------------	--------	--	---	---------------------------------------	--	-----------------------------------

1897

104	* M. Budin. (Maternité). 5 octobre 1897.	Blanche. 32 ans.	Bassin rachitique générale- ment rétréci. P. sous-pub. 9,25.		A terme. O I G T	Dilatation spontanée. Membranes rompues artificiellement.		9 h.
105	* M. Gaulard. (Lille). 21 octobre 1897.		Rachitique P. sous- pub. : 10,5.	IV pare 1) forceps et craniotomie. 2) avortement. 3) enfant mort.	O I G T	Bonne constitution.	Forceps.	15 h.
106	* M. Bar. (Hôpital). 13 novembre 1897.	H.	Générale- ment rétréci irrégulier. P. sous- pub. : 9,2.	VII pare Voir l'obs. 47.	A terme. O I D A			6 h.
107	M. Charles. (Maternité de Liège). 26 novembre 1897.		Rachitique. P. sous- pub. : 7,5.	II pare 1) Céphalotripsie.				
108	M. Pinard. (Clinique). 7 novembre 1897.	C. 36 ans.	P. sous- pub. : 10.	XI pare 1) 8 mois, enfant vivant. 2) terme, mort. 3) 7 mois, mort. 4) terme, mort. 5) terme, mort. 6) terme, mort. 7) 8 mois, vivant. 8) 7 mois, vivant. 9) à terme, mort. 10) à terme, vivant.	A terme. O I D T			23 h.

ACCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives Jour de la levée et du départ de l'opérée	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
-----------------------	---	-------------------	--	---

ite)				
irure vulvaire très superficielle en avant au niveau du méat.	Forceps.	Le soir de l'opération, injection de 200 gr. de sérum. Le lendemain quelques douleurs abdominales. Lavement : gardes-robes abondantes. Température pendant quelques jours oscille entre 37,2 et 38,4 et le pouls de 125 à 135. Au niveau des escharres vulvaires apparaissent des fausses membranes grisâtres, oedème des grandes lèvres. Le 10 octobre lochies abondantes légèrement purulentes. Douleurs très vives aux articulations sacro-iliaques. Réunion pubienne parfaite. Aucun des fils n'a suppuré. Le 13, douleurs vives dans le membre inférieur gauche. Le 14, phlegmatia alba gauche considérable; et les douleurs sacro-lombaires s'atténuent. Le 16, la malade ressent de l'oppression à l'épigastre, avec palpitations violentes. Cœur normal. Le 23, la malade éprouve un malaise général qui s'accroît le soir avec 37,7 et 128 pulsations, puis la nuit est prise d'une syncope qui l'emporte brusquement. A l'autopsie dans le cœur caillot blanchâtre, qui se prolonge à travers l'orifice pulmonaire dans l'artère pulmonaire, et se continue dans les deux branches de ce vaisseau, dont il oblitère complètement le calibre. Veines utérines gorgées de caillots nullement purulents. Le caillot se prolonge en bas à gauche du côté de la fémorale, et en haut dans la veine cave jusqu'au 1^{er} disque inter-vertébral situé au-dessus du promontoire. Il existe un abcès dans l'espace inter-pubien.	Mort.	Nait étonné. Vite ranimé. Poids : 2,850. Bi-P. : 9 c.
	Forceps.	Bonnes.	Sort le 31^e jour. Guérie.	
	Version.	L'opérée va très bien.	Part le 16^e jour en très bon état.	Né étonné. Poids:3,370 gr. Bi-P. : 9,3.
fait hernie à la vulve, drainé par le forceps. On se.	Forceps. 6 c. 5.	La malade se porte bien, puis le 8^e jour mort à la suite d'accidents gastro-intestinaux de péritonisme. Normales.	Mort.	Vivant. Bien portant.
			Sort le 23^e jour.	Etonné. Bosse séro-sanguine considérable. Poids:3,250 gr. Bi-P. : 10 c.

N ^{os}	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures.
-----------------	--	------------------------------------	--------	-------------------------------------	--	---------------------------------	---	------------------------------

1897

109	M. Porak. (Charité). 20 novembre 1897.	Eugénie 32 ans.	P.sous-pub.: 9,6.	III pare. 1) terme, symphyséotomie, enfant vivant. 2) spontané terme. Enfant mort le lendemain.	A terme.	Albumine, nuage assez épais.	Forceps.	12 h. 30
110	M. Pinard. (Clinique). 7 décembre 1897.	Anna B... 33 ans.	P.sous-pub.: 10 ct.	III pare. 1) terme, forceps, enfant mort. 2) terme, symphyséotomie.	A terme. O I D T			5 h.

18

111	M. P Carr. (En ville) (New-York) 1898.	39 ans.	Normal.		A terme. Tête.		Dilatation manuelle. Forceps. La vie de l'enfant n'est pas constatée.	38 h.
112	M. Newcomet. (En ville) 1898.	X...	Plat. P.p. m.: 8,5.	II pare. 1) accouchement prématuré, enfant mort.	A terme.		Forceps. Femme désire enfant vivant.	Plusieurs heures.
113	M. Bar. (Clinique) le 2 janvier 1898.	M... 24 ans.	Rachitique, généralement rétréci p.sous-pub.: 10,1.	Primipare.	8 mois 1/2 O I G T	Rupture des membranes dans le service.	Gros ballon de Champetier.	29 h. 30.
114	M. Bar. (Clinique Tarnier) 4 janvier 1898.	A...	Généralement rétréci p.sous-pub.: 10,2.	II pare. 1) enfant mort (macéré)	A terme. O I G T		Gros ballon de Champetier.	8 h. 30.
115	M. Lepage. (Beaujon). 11 janvier 1898.	L... 24 ans.	Sacrum convexe épines sciatiques saillantes.	II pare. 1) symphyséotomie.	A terme. O I D P	Cicatrice au niveau de la région prépubienne. Système veineux des lèvres est gorgé de sang.	Forceps.	14 h.

ACTES OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
-------------------	---	-------------------	--	---

	Forceps.	Ronnes.		Bi-P. 9,5.
de la vessie entre les os du pubis. Le col se rétrécit par le forceps. Cicatrices cicatriciels vestibulo-déchirent. Ligature des 4 artères vésicales antérieures (ligatures). Le col complètement détaché du vagin (6 points de suture).	Forceps. — 5 c.	Pas de température. Certain degré d'incontinence d'urine dans la station debout.	Se lève le 16 ^e jour.	Etonné Poids : 3.325 Bi-P. : 10 ct.

section des symphyses, sur les crêtes iliaques. Ecartement de 5 c. 4. Hémorragie. Difficultés d'action. Le forceps glisse pendant 20 minutes.	Forceps. — 5 c. 5.	Femme très affaiblie, bronchite capillaire qui dure 6 semaines. Température. Septicémie. Caillots et fragments fétides sortent de l'utérus après injection. La réunion symphysienne ne se fait pas. Pas de traces d'infection du côté de la plaie. Ecartement interpubien de 1 et 27. Douleurs dans articulations sacro-iliaques. Le 12 ^e jour, fistule au niveau de la cicatrice. Il s'en écoule de l'urine qui n'est pas purulente. La fistule se referme. Douleurs continuent dans les hanches, cuisses, sacrum. Au bout de 6 semaines phlegmatia alba dolens.	Sort au bout de 10 semaines.	Enfant mort-né
Le couteau se casse. L'opération de la séparation des os ne réussit pas. Hémorragie considérable due à la lésion du siège antérieure. Les os n'étaient pas soutenus.	Forceps. — 5 c.	Pouls à 100 après l'opération. Légère cystite (sonde). Douleurs sacro-iliaques au bout de 5 semaines.	Marche au bout de 5 semaines.	Mort apparente. Ranimé. Bi-P. : 9,5.
L'utérus en forme de cornue, n'atteignant pas le vagin. Déchirure vulvaire.	Version.	Température maxima 39°2; pouls : 146. Grippe. Streptocoques sur le col.	Part le 30 ^e jour; bon état.	Mort apparente, vite ranimé. Poids : 2.750
Force du cordon.	Version.	Température maxima 39°. Grippe. Phlegmatia alba dolens.		Mort apparente, vite ranimé. Poids : 3.380.
Le sang s'écoule assez abondamment. Le sang joint à l'abondant tissu cicatriciel rend difficile la recherche, et la lésion de la symphyse. Hémorragie du cordon pendant l'opération.	Spontanée — 5 c.	Bonnes. Seulement T. 38°, le 5 ^e jour.		Etonné, vite ranimé. Bi-P. : 3,5.

N ^o .	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur.	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée du travail. Heures.	ACCIDENTS
------------------	---	------------------------------------	--------	-------------------------------------	---	---------------------------------	---	------------------------------	-----------

1898 (suite)

116	* M. Champetier de Ribes. (Hôtel-Dieu). 15 janvier 1898.	Rosa G. 25 ans.	P. pub. min. : 8.	I pare.	A terme. OIGA	Membranes rompues avant son entrée.	Ballon de Champetier.	18 h.	
117	M. Queirel. (Maternité) Mar- seille. 27 février 1898.	Marie B. 25 ans.	P. pub. min. : 8,5.	II pare. 1) spontané, terme, en- fant bien portant.	A terme. OIGT			10 h.	
118	* M. Porak. (Maternité). 6 mars 1898.	J. 33 ans.	Bassin rétréci. P. sous-pub. : 10,25	V pare. 1) spontané, terme, enfant vivant (12 ans). 2) mort pendant travail, forceps. 3) avortement. 4) avortement.	A terme. OIGT	Bruits du cœur bons.	Deux applications de Forceps.	35 h.	Quelques section pub mncement
119	* M. Buist. Dundée (Amérique, En ville). 21 mars 1898.	F. 20 ans.	Rachitique. P. sous-pub. : 10.	I pare.	OIDA	Bruits du cœur faibles.		43 h.	Forte h taire. Périn de la fourc autour de
120	* M. Porak. (Maternité). 24 mars 1898.	N ^o 658. 25 ans.	Générale- ment rétré- cis. P. sous-pub. : 10,25.	I pare.	A terme. OIDT	Membranes rompues avant son entrée. Bruits du cœur bons. Utérus aminci.		8 h.	Les pubis fond de la vessie.
121	M. Queirel. (Clinique de Marseille). 8 avril 1898.	Catherine S. 28 ans.	P. pub. min. : 8 c.			6 g. d'albumine. Mauvais état général. vomissements bilieux. Poche intacte.		30 h. 30	Opération tant est mi sang.
122	* M. Porak. (Maternité). 24 avril 1898.	N ^o 879. 24 ans.	Rachitique P. sous-pub. : 10.	II pare. 1) provoqué à 8 mois. Enfant mort deux mois après.	A terme. OIDT			16 h.	

IDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
	Écartement interpubien maximum mesuré ou estimé.			

e)

	Forceps.	Le 4 ^e jour, la température dépasse 38°; écouvillonnage suivi d'injection intra-utérine. Le 5 ^e jour, rougeur autour de la plaie. Douleurs. On désunit la plaie. Flocons de pus s'écoulent de la profondeur. Le 6 ^e jour écartement de 2 centimètres qui augmente les jours suivants. La suppuration disparaît bientôt. Ceinture métallique de Pinard. Plaie se ferme par bourgeonnement.	Se lève le 42 ^e jour. Sort le 50 ^e jour. Un peu de raideur du genou rend la démarche oscillante. Fistulette sous-cutanée purulente.	Vivant. Bi-P : 8,1.
	Forceps.	Bonnes. La température monta une seule fois à 38°8 le lendemain de l'opération. Réunion par première intention.	Sort le 26 ^e jour. Bonne démarche.	Vivant. Dépression marquée au niveau de la fosse temporale. Poids : 3,350. Bi-P. 9,5.
ques difficultés pour la pubienne; il y a un com- ment d'ossification.	Forceps.	Suites de couches pathologiques. La température du 5 ^e au 9 ^e jour oscille entre 39° et 38°5, puis descend à 37°2 et s'y maintient. Jusqu'au 11 ^e jour le pouls avoisine 120. Se maintient après pendant 3 jours à 100 et descend à 85. Albuminurie. Lymphangite de la cuisse.	Sort le 33 ^e jour. Bien.	Poids : 3,600. Bi-P. : 9,9.
de hémorragie tégumen- érinée intact, sauf au niveau ourchette. Tissus déchirés de l'urètre.	Forceps.	Le lendemain, on enlève le tampon et l'hémorragie recommence. T. maxima : 37°8. P. : dépasse 100 pendant deux semaines. L'involution utérine dure plus longtemps que d'habitude. Incontinence d'urine pendant 3 semaines. Guérison progressive.	Se lève le 29 ^e jour.	Légèrement asphyxié. Ranimé. Bi-P. : 8 c.
pubis s'écartent, et dans le la plaie on aperçoit la	Forceps.	8 ^e jour, phlegmatia. 11 ^e jour, lochies fétides. 12 ^e jour, injection intra-utérine. 26 ^e jour, cystite purulente, albuminurie. T. entre 37°5, 38°, 38°5. Pouls toujours au-dessus de 100, très souvent à 110, et 3 fois à 120.		Vivant. Poids : 4,100. Bi-P. : 9,7.
ation faite presque à blanc t minime l'écoulement du	Forceps.	Le lendemain état satisfaisant. Les jours suivants T. monte jusqu'à 39°8 (le 5 ^e jour). C'est un peu de suppuration qui s'est produite au niveau d'un fil superficiel. Petit trajet fistuleux en ce point. Albumine a presque complètement disparu.	Sort le 22 ^e jour. Bonne consolidation.	Etonné, vite ranimé. Poids : 2,400. Bi-P. : 8.
	Forceps.	Galactophorite le 11 ^e jour. T. maxima : 38°5 (le 11 ^e , 12 ^e , 13 ^e jour). Pouls, 1 ^{er} jour à 140; le 2 ^e à 136; descend progressivement; le 15 ^e jour est encore 110.	Sort le 35 ^e jour.	Mort appa- rente. Au bout de quelque temps ranimé. Poids : 2,850. Bi-P. : 8,5.

N°.	Date de la symphysiétomie. Nom de l'opérateur	Age de l'opérée, ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphysiétomie.	Durée du travail. Heures.	AC
-----	--	------------------------------------	--------	-------------------------------------	--	---------------------------------	---	------------------------------	----

1898 (s)

123	M. Champetier de Ribes. (Hôtel-Dieu) 1 ^{er} mai 1898.	Maria R. 24 ans	Rachitique P.sous-pub.: 9,5.	I pare	A terme. O I D T	Liquide amniotique verdâtre. Col un peu déchiré à gauche. Bruits du cœur bons.	Ballon de Champetier.	35 h.	He Ecou teint gauch
124	M. Demelin. (Saint-Louis). 3 mai 1898.		Générale- ment rétréci en entonnoir P.sous-pub.: 10,8.	II pare 1) acc. artificiel à terme, 32 h. de travail. Enfant mort le 11 ^e jour.	A terme. N I D T	Rupture précoce des membranes.	Forceps. Dilatation complétée avec la main.	36 h.	J P H utér sien ment
125	M. Charles Maternité de Liège. 17 juin 1898.	Marie S. 43 ans	Rachitique. P.pub.-min: 7,2.	IV pare. 1) spontané 8 mois 1/2, Basiotripsie. 2) Fausse couche 3 mois. 3) A terme basiotripsie.	A Terme.	Très anémiée. Bruits du cœur ralentis.	Forceps.		Pr nium La sieur La prob taine
126	M. Bonnaire. (Lariboisière.) 6 juin 1898.	Céline C. 21 ans	Générale- ment rétréci, P. sous-pub: 10,1.	I pare.	A terme. O I G T	Bruits du cœur bons.	Acc. provoqué. Ballon de Tarnier. Sonde de Krause. Ecarteur de Tarnier. Forceps.	46 h.	
127	M. Charles. Maternité de Liège 19 juin 1898.	D. 33 ans.	P.pub.-min: 7,5.	VI pare. 5) à terme. Enfants morts.	8 mois 3/4.			12 h.	
128	M. Gaulard. Lille. 9 juillet 1898.	X. 31 ans.	Rachitique.	V pare. 1) à terme. 3) à 7 mois.			3 applications de forceps.	36 h.	
129	M. Fournier. Amiens. 10 août 1898.	X. 23 ans.	Rachitique aplati. P.pub.-min: 7 ct.	II pare. 1) Symphysiétomie. Enfant mort.		Bon état.		30 h.	De qui c la têt la m Pro l'opé
130	M. Demelin. (Saint-Louis). 13 septembre 1898.		P.sous-pub: 9,1.		A terme. O I G T	Rupture artificielle de membranes.			Pa
131	M. Gheorghin. (Maternité). 4 octobre 1898.	X. 26 ans.	P.sous-pub: 9,6.	II pare. 1) procidence du cordon, enfant mort pendant travail.	A terme. O I D T	Contractions très énergiques rapprochées Bruits du cœur bons.	Lever de Farabeuf.	26 h.	Ta nal,

ENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé	SUITES DE COUCHES	Suites tardives Jour de la levée et du départ de l'opérée	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
agie après la délivrance. Ennagement de l'utérus à la période. Col très déchiré à l'amponnement.	Forceps.	Le jour de l'opération T. 38°3, P. 115. Le lendemain T. 37°, P. 100. Jusqu'au 7 ^e jour la T. du soir est entre 38°2 et 39°. P. 115. Oscillations de T. et de P. jusqu'au 11 ^e jour, où alors la T. du matin devient 37° ou au-dessous, et celle du soir 37°5. Pouls encore de temps en temps à 100. Pas de température. Le 3 juin, vives douleurs dans la jambe gauche, qui disparaissent le 6 juin. Le 7, œdème vulvaire plus marqué à droite, qui disparaît le 12.	Sort le 48 ^e jour.	Un peu étonné, vite ranimé. Bi-P : 9.
ce du cordon. Échirure du col à droite. agie légère par inertie a coaptation symphyse loin de se faire exacte-	Forceps.		Sort le 27 ^e jour. L'écartement des pubis est encore de deux centimètres. Cal fibreux.	Mort apparente. Mort le lendemain. A l'autopsie hémorragie méningée.
ce du cordon. Méco- été saisie avec plusieurs de cordon. ombilicale a été coupée ent par le forceps. Cér- ance du col.	Forceps. 7. c. 3.	1 ^{er} jour, T. 37°3. P. 76. Trois vomissements. Ventre distendu par les gaz. Soir T. 37°7; P. 92. 2 ^e jour, T. matin 37°3. P. 96; soir T. 38°3. P. 100. Douleur dans le haut des cuisses, ventre douloureux, distendu. Vomissements. 3 ^e jour T. matin 38°4. P. 100; soir T. 39°4; P. 120. Rash scarlatiniforme recouvrant presque tout le corps après amendement. 4 ^e jour T. 39°4. Vomissements. Agitation, et mort.	Mort le 4 ^e jour	Jette un seul cri. Syncope. Impossible de le ranimer. Mort. Poids: 2.450. Bi-P : 9.
	Forceps dé- rape. Version. Manœuvre de Champetier et de Mauriceau. 6 c.	Au réveil, éther et caféine. 500 gr. de serum. Trois jours après traces d'albumine qui disparaît le 5 ^e jour. 13 jours après l'opération légère fistule à la partie moyenne de la plaie. On élargit, les fils profonds cèdent. Ecartement du pubis. Symphyséorrhaphie. Le 24 ^e jour petite fistule au niveau du 1/3 inférieur de la plaie à trajet rétro-pubien. Un peu de pus dans l'urine. Cystite qui dure 17 jours. Les pubis jouent l'un sur l'autre de 1 cent. quand on fait marcher le pas à la malade. T. maxima: 38°5 du 12 ^e au 17 ^e jour.	Se lève le 35 ^e jour. Part pour le Vesinet le 49 ^e jour.	Étonné. Bi-P : 9.51. Poids : 3.310.
	Version.	Retard dans consolidation de la symphyse.	Sort le 35 ^e jour.	Vivant.
morrhagies abondantes aussitôt l'extraction de affaiblissent. beaucoup e du cordon pendant dents.	Forceps.	Bonnes.	Sort le 21 jour. Bien.	Mort. Asphyxie récente avant son extraction.
ement utérin et vagi- d'hémorragie.	Forceps.	Bonnes.	Marche normale. Sort le 29 ^e jour.	Vivant et criant. Poids : 2390. Vivant. Poids: 3070 g. Bi-P : 8,8.

N ^o	Date de la symphyséotomie. Nom de l'opérateur	Age de l'opérée. ses initiales.	BASSIN	PARITÉ Accouchements antérieurs.	Époque de la grossesse. Présentation et position.	ÉTAT de la mère et de l'enfant.	Opérations nécessitées par la marche du travail. Interventions pour extraire l'enfant avant la symphyséotomie.	Durée de travail. Heures.
----------------	--	------------------------------------	--------	-------------------------------------	--	---------------------------------	---	------------------------------

1898 (su

132	* M. Porak. (Maternité). 18 octobre 1898.	S. 27 ans.	Asymétrique. Symphyse mobile. P. sous-pub: 10 ct.	VI. 1) avortement 4 mois. 2) forceps, enfant mort à 6 mois. 3 et 4) avortements. 5) Forceps, enfant mort.	A terme. O I G T	Bruits du cœur bons. Rupture précoce des membranes. Infection de l'œuf. La malade est très fatiguée, et a de la fièvre. Bruits du cœur bons.		29 h.
133	* M. Charles. (Maternité de Liège) 31 octobre 1898.	X. 30 ans.	Rachitique. P. pub-min: 7,5.	III pare. 1) forceps, céphalotripsie. 2) forceps, céphalotripsie.	A terme. O I G A			21 h.
134	* M. Porak. (Maternité). 4 novembre 1898.	N ^o 2274. 30 ans.	Petit transversalement P. sous-pub: 95.	IV pare. 1) A terme, sommet spontané; enfant mort quelques jours après. 2) Enfant vivant. 3) Forceps. Mort au bout de 6 h.	A terme. O I G T	Bruits du cœur bons.		38 h.
135	* M. Demelin. (Clinique Tarnier). 17 novembre 1898.	S. Anna. 30 ans.	Bassin Rachitique, générale-ment rétréci. P. sous-pub: 10 ct.	I pare.	A terme. O I D T	Vulve étroite, parties molles résistantes. Membranes rompues 1 heure après le début du travail. Le col devient rigide. Bruits du cœur bons.	Tampon à la gaze iodoformée pour accélérer la dilatation du col. Forceps.	42 h.
136	* M. Gaulard. (Lille). 3 décembre 1898.		Très vicié. Bassin de Robert.	Tête avec bosse serosanguine énorme.		Membranes rompues depuis plusieurs jours. Enfant mort.	Essais de basiotripsie. Impossibilité de placer la branche droite.	

ACCIDENTS OPÉRATOIRES	Terminaison de l'accouchement Ecartement interpubien maximum mesuré ou estimé.	SUITES DE COUCHES	Suites tardives. Jour de la levée et du départ de l'opérée.	Enfant. Etat de naissance. Son poids. Le Bi-P.
émotase externe par com- mission prolongée. Lambeau du se trouve pris dans l'applica- de forceps. Le liquide sent vais. Lavage utérin et tam- nement à la gaze.	Forceps. Un peu de dif- ficulté à cause de la forme du bassin.	1 ^{er} jour après l'opération T. 37°5. P. 140. 2 ^e jour 38°8, P. 90, 3 ^e jour 37°6, P. 105, 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e P. 110 T. 38°5, 7 ^e T. 37°, P. 105. Hématome symphysien.		Mort apparente. Vite ranimé. Poids : 3350 Bi-P : 9.8. Chevauche- ment des os.
tite alerte d'asphyxie pendant ération. uide amniotique souillé de onium. près la suture, petit jet de (3 à 4 fois) par l'angle infé- r de la plaie. Drainage à la he iodoformée.	Forceps.	Pas de température. Lochies sont restées sanguines pendant une dizaine de jours. In- jection intra-utérine qui ramène 2 petits caillots.	Se lève le 15 ^e jour. Sort le 22 ^e	Vivant Poids : 3.750. Bi-P : 9,7
émotase difficile à la partie à fait inférieure de la plaie.	Forceps.	Jour de l'opération T. 37°4, P : 120. 1 ^{er} jour T. 36°8; P : 116. 2 ^e jour T. 36° 4; P : 102. Puis oscillations aux environs de T. 37° et P. 110. T. et P. redescendent à partir du 8 ^e jour. Abscès dentaire.	Sort le 24 ^e jour.	Etonné. Vite ranimé. Bi-P : 9 c.
chirure profonde (3 cent.) de roi antérieure du vagin sur té droit de l'urèthre. On est é pour éviter déchirure du ée, de faire une épisiotomie.	Forceps.	24 heures après l'opération T. 36°3, pouls 172. Glace. Champagne. Agitation : Morphine. 16 heures après, utérus dur. La malade se trou- ve bien. 15 minutes après les yeux deviennent vitreux. On ne sent plus le pouls. Mort. A l'autopsie malgré la suture de la paroi antérieure du vagin dé- chirée, il existe un orifice large de deux francs faisant communiquer le vagin et la plaie. Le foie est gros, pâle, complètement dégénéré. Les anses intestinales sont fortement dilatées par les gaz. Elles sont un peu accolées par de la sérosité visqueuse. Substance corticale des reins atrophiee. Substance médullaire conges- tionnée. Dans le cœur caillot agonique pénétrant dans l'artère pulmo- naire. Le rebord du pubis gauche a fait sur la vessie une entaille de 2 ^{mm} . Vessie contient un liquide très trouble. Les deux articulations sa- cro-iliaques ont été ouvertes.	Mort.	Naît un peu étonné. Bi-P : 9 5. Mort avant l'opération.
aphyse pubienne ossifiée dans ité supérieure. Sciage.		Jamais d'élévation de température. Incontinence d'urine pendant deux jours. Le 10 ^e jour la cicatrisation des tissus et de la symphyse est déjà complète.		

